

PROPHYLAXIE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie
de la Faculté de Médecine de Nancy

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

PIERRON (Henry-Marie-François)

né le 20 mai 1899 à Pont-à-Mousson (M.-et-M.)

MONITEUR A LA MATERNITÉ
EXTERNE DES HOPITAUX

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN, professeur. . .	<i>Président.</i>
		FRUHINSCHOLZ, professeur.	} <i>Juges.</i>
		ETIENNE, professeur.	
		WATRIN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547423_0001

PROPHYLAXIE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie
de la Faculté de Médecine de Nancy

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 juillet 1925



POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine
PAR

PIERRON (Henry-Marie-François)

né le 20 mai 1899 à Pont-à-Mousson (M.-et-M.)

MONITEUR A LA MATERNITE
EXTERNE DES HOPITAUX

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. SPILLMANN, professeur. . . *Président.*
FRUHINSHOLZ, professeur. }
ETIENNE, professeur. } *Juges.*
WATRIN, agrégé. }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses
parties de l'enseignement médical.

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1925

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, *, I ☉.

Assesseur: M. E. SIMON, *, I ☉.

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O *, I ☉.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I ☉; PRENANT, *, I ☉;
F. GROSS, O *, I ☉; HERRGOTT, O *, I ☉; WEISS, O *, I ☉.

BOUIN, O *, I ☉; ANCEL, *, I ☉.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I ☉.
Hygiène.....	E. MACÉ, *, I ☉.
Clinique médicale.....	E. SIMON, *, I ☉.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I ☉.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	N...
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I ☉.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I ☉.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRÉLICH, *, I ☉.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHNHOLZ, *, I ☉.
Histologie.....	R. COLLIN, *, I ☉.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I ☉.
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ, *, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I ☉.
Pathologie interne et clinique médicale pro- pédeutique.....	L. RICHON, *, I ☉.
Physique.....	DUFOUR, *, I ☉.
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I ☉.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	M. PERRIN, *, I ☉, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	J. PARISOT, O *, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie gé- nérale.....	J. PARISOT, O *, I ☉, agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I ☉, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (I).....	A. BINET, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.....	L. CAUSSADE, I ☉, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A ☉, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I ☉.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I ☉, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I ☉, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I ☉, agrégé.
Educations physique.....	P. MATHIEU, I ☉, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	L. JOB, *, I ☉, agrégé.
Neurologie.....	CORNIL, I ☉, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. M. PERRIN, *, I ☉.	MM. P. JEANDELIZE, A ☉.	MM. MUTEL, *, I ☉.
G. THIRY, *, I ☉.	L. CAUSSADE, I ☉.	WATRIN, *, I ☉.
J. PARISOT, O *, I ☉.	M. BARTHÉLEMY, *	HAMANT, I ☉.
P. MATHIEU, I ☉.	I ☉.	CORNIL, I ☉.
L. JOB, *, I ☉.	LAMY, I ☉.	DE LAVERGNE, *, A ☉.

Agrégés libres

G. GROSS, *, I ☉; S. REMY, I ☉;
BUSQUET, I ☉; BINET, I ☉; FAIRISE, A ☉.

M. A. PACAUD, I ☉, Secrétaire

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A la Mémoire de mon Père :
le Docteur Henry PIERRON

A ma Mère

Témoignage d'affection
et de reconnaissance

A mes Frères :
les Docteurs Maurice et André PIERRON

A tous ceux qui m'ont témoigné de l'amitié

A mon Maître et Président de Thèse :

M. le Professeur L. SPILLMANN

Doyen de la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Professeur A. FRUHINSHOLZ

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur G. ETIENNE

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur agrégé J. WATRIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Il est de tradition d'inaugurer le modeste ouvrage qui clôt les études médicales, par un thème de reconnaissance. Nous avons l'impression de ne pas sacrifier à une coutume mais bien de remplir un devoir en adressant à tous nos maîtres de la Faculté, nos sentiments de profonde gratitude. Nous n'oublierons jamais, l'enseignement qu'ils nous ont légué, si plein de clarté et de loyauté scientifique. Nous rendons hommage à leur probité morale et à leur grand savoir.

Notre gratitude, va tout d'abord à M. le Professeur Spillmann, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. Pendant près d'une année, il nous a réservé dans son service un bienveillant accueil, et nous sommes heureux d'avoir pu profiter de son enseignement tant scientifique que magistral par sa haute portée sociale.

Nous n'oublierons jamais les cliniques si vivantes, si instructives de M. le Professeur Frubinsholz, il nous a passionné à la pratique de l'art des accouchements et nous a fait le grand honneur et le grand plaisir de nous accepter dans son service comme moniteur.

Il nous est agréable de compter M. le Professeur Etienne

au nombre de nos juges ; c'est pour nous une occasion de lui exprimer notre profonde reconnaissance, il a mis à la disposition d'un être, dont le souvenir nous est encore très cher, son grand dévouement et son haut savoir, dans des circonstances particulièrement pénibles. Nous ne saurions oublier que nous lui devons le plus précieux de tous les biens, la santé : nous avons contracté envers lui une dette dont nous ne pourrons jamais nous acquitter, nous n'oublierons pas non plus le temps aussi utile qu'agréable que nous avons passé comme externe dans son service.

Que M. le Professeur agrégé Watrin veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance ; dans nos premières années d'études, il a mis à notre portée, la science aride de l'Histologie et, pour notre thèse, fut un conseiller et un guide précieux.

Nous emportons le meilleur souvenir de MM. les Professeurs André et Frælich, dont nous nous honorons d'avoir été l'externe et dont les cliniques magistrales ont été pour nous un rare enseignement.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Professeur agrégé Perrin qui, par son haut enseignement hydrologique, a su nous faire apprécier quelques fois, d'une façon charmante, les richesses hydrominérales de notre pays.

Que M. le Professeur agrégé Job trouve ici l'expression de nos meilleurs remerciements pour la sympathie qu'il a toujours bien voulu nous témoigner.

Nous tenons aussi à remercier particulièrement le Docteur

Louis Mathieu, chef de clinique médicale, qui pendant de longs jours ne nous a ménagé ni son dévouement, ni sa science, ni son amitié.

Nous remercions également les Docteurs Drouet et Vermelin, chefs de clinique, Vérain, chef de laboratoire, qui se sont toujours montrés pleins de sollicitude à notre égard et nous ont prodigué leurs meilleurs conseils.

Enfin notre pensée se reporte vers nos camarades d'étude, et en particulier les docteurs Lévy, chef de clinique obstétricale et Mouchette, interne, à Maréville, à qui nous adressons le témoignage de notre amitié.

PROPHYLAXIE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

PLAN

PREMIÈRE PARTIE

La Syphilis maladie sociale
Mortalité - Multiplication des tarés et des dégénérés

DEUXIÈME PARTIE

Prophylaxie de l'hérédité syphilitique

CHAPITRE I — Transmission héréditaire de la syphilis. - Syphilis des deux géniteurs. - Syphilis maternelle. - Syphilis paternelle. - Syphilis de deuxième génération.

CHAPITRE II. — Dépistage de l'hérédosyphilis chez le père, la mère, l'enfant.

CHAPITRE III. — Traitement prophylactique proprement dit. - Mariage des syphilitiques. - Traitement du père. - Traitement de la femme enceinte. - Doit-on traiter la femme saine mariée à un syphilitique traité. - Traitement de l'enfant. - Surveillance des procréateurs et des enfants. - Observations.

CHAPITRE IV. — Moyens moraux à envisager pour faire connaître les dangers de la syphilis héréditaire. - Conférences. - Lois. - Mariage blanc.

CONCLUSIONS.

PREMIÈRE PARTIE

LA SYPHILIS MALADIE SOCIALE

Parmi les affections redoutables, qui ravagent le genre humain, il est certains fléaux, connus depuis la plus haute antiquité, contre lesquels l'homme a toujours été mal protégé. L'histoire garde le souvenir terrible des épidémies de peste, de typhus et de choléra qui périodiquement à travers les âges firent des hécatombes. Ces maux si effrayants qu'ils soient à première vue, sont cependant moins terribles pour l'humanité, que d'autres moins brutaux peut être dans leurs manifestations immédiates, mais combien plus dangereux pour l'espèce : la syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose.

De la fameuse trinité de ces trois grandes maladies, dites : « Maladies sociales », la syphilis — on sait quel terrible fléau c'est, et pour l'individu et pour la race — la syphilis est, sans contredit, le plus facilement évitable et le plus facile à combattre. Et nous sommes armés. Le foyer de contagion est déterminé d'une façon sûre, et le mode de contagion est connu aussi. Un arsenal thérapeutique, basé sur les récents progrès, permet une lutte énergique et efficace.

La syphilis, qui passe pour avoir été importée d'Amé-

rique en Europe, au moment de la découverte de ce continent, est actuellement répandue, grâce aux communications faciles, dans tous les pays du globe.

Elle est assurément plus fréquente dans les collectivités et les associations que notre civilisation exige actuellement, soit pour sa vie économique, soit pour sa protection. Les collectivités ont en effet à se défendre contre les dangers que l'association fait courir à l'état sanitaire des individus. Il y a quelques années, l'action de la syphilis se faisait plus sentir dans les villes que dans les campagnes. La dernière guerre fut un facteur puissant de dissémination du germe syphilitique (Thibierge).

La syphilis est une maladie sociale : elle atteint l'individu dans ses forces vives, et met son activité en péril. Tout le monde en connaît les localisations sur le cœur, les nerfs, le cerveau, les os, qui font de l'individu une sorte d'infirme, ce qui diminue le rendement et la puissance de son travail. Si le travail est atteint, la production économique s'en ressent.

Voilà déjà une première répercussion de la syphilis sur la société ; mais elle diminue aussi la vitalité des individus, suivant que l'on considère la mortalité directe ou éloignée de 4 % à 15 % et 30 %, chiffres indiqués par certains auteurs. La durée de la vie humaine, serait en moyenne réduite de quatre ans et pour Blaschko, les décès par syphilis représenteraient 6 % de la mortalité totale. Weiss dans sa thèse indique : « une surmortalité des syphilitiques supérieure à celle des individus indemnes ; de 40 à 50 ans elle est deux fois plus considérable chez les premiers, c'est-à-dire à

l'âge où l'homme est dans toute sa force de rendement, l'âge où il prive le plus la collectivité en disparaissant. Mais, dit-il encore, elle va se trouver plus lésée et cette fois touchée dans ses forces vives quand les toxines sécrétées par le tréponème se seront fixées sur les éléments reproducteurs, ovules et spermatozoïdes, pour les détruire ou les paralyser dans leur faculté de reproduction ». Voilà donc la partie la plus grave du péril vénérien, sa répercussion sur la descendance. C'est ce qui au premier chef fait de la syphilis une maladie nuisible à la société en la dépeuplant et en multipliant les tarés et les dégénérés. La transmission de la syphilis des procréateurs à leur descendants est la syphilis héréditaire, *la syphilis des innocents* (Fruhinsholz).

Non seulement la syphilis diminue le travail de l'individu, sa vitalité mais encore par son intermédiaire atteint sa descendance. Elle pèse donc de tout son poids sur la société en lui amoindrissant son capital humain.

En France, les statistiques indiquent qu'environ 4 Français sur 100 sont syphilitiques, chiffre énorme pour une population comme la nôtre. Si l'on examine le mouvement de la population, c'est-à-dire la démographie, on constate que la France est un pays où la natalité est en baisse; de ce fait la mortalité s'accroît, et où les très jeunes enfants paient un large tribut à la mort.

La syphilis constitue donc un des facteurs les plus fréquents de la mortalité au début de la vie et dont l'importance revêt aujourd'hui un caractère particulier de gravité qui devient en quelque sorte proportionnel

à sa diffusion notamment au cours des années de guerre. C'est là l'opinion de Lesage qui a observé tous les nourrissons de son service : avant la guerre la réaction de Wassermann était positive 2 fois sur 10 ; pendant le guerre du mois d'août 1915 jusqu'en 1916 la proportion fut élevée à 4 et 5 fois sur 10.

La propriété fœticide de la syphilis, a été mise en évidence depuis très longtemps. Déjà les observateurs du xvr^e siècle en avaient été frappés.

Vella et Paracelse signalaient à cette époque lointaine, la mortalité considérable des enfants syphilitiques.

Mauriceau, lui aussi, avait constaté que ces enfants mouraient plus que les autres et avait eu l'idée de créer à l'Hôtel Dieu en 1650 une sorte de dispensaire pour y soigner les femmes « grosses et pourries de vérole ».

Mais c'est surtout le professeur Fournier, qui eut le mérite de la mettre en évidence et d'en montrer la gravité. Actuellement tous les accoucheurs, les puériculteurs et les syphiligraphes ont démontré la gravité de ce péril social que les statistiques officielles, auxquelles cette maladie échappe le plus souvent, sont impuissantes à donner. Non inscription de cette maladie parmi celles à déclaration obligatoire, ou facultative, méconnaissance du diagnostic ou dissimulation voulue, ou inscription sous des rubriques afférentes à diverses maladies.

Cependant plusieurs auteurs ont pu étudier de très près ce danger et quelques statistiques nous donnent une idée très nette de la gravité de la syphilis sur la

descendance. Non seulement elle a une action sur la mortalité infantile, mais agit aussi sur la grossesse. Elle est capable, suivant la nature et l'étendue des lésions, de tuer le fœtus à un âge quelconque de la grossesse, ou sans le tuer, d'en provoquer l'expulsion prématurée. Fieux et Mauriac ont rapporté l'observation d'un enfant tué *in utero* par la syphilis contractée par sa mère au sixième mois de la grossesse.

A Lourcine, Le Pileur réunissant 130 femmes syphilitiques, dont les unes ont eu des enfants avant et après la syphilis, et dont les autres ont été contaminées avant toute conception :

Fœtus mort nés avant la syphilis	8
Fœtus mort nés après la syphilis	120
Morts après la naissance avant la syphilis . .	99
Morts après la naissance après la syphilis. . .	25
Survivants avant la syphilis	102
Survivants après la syphilis	8

Cette proportion effrayante montre l'importance de la gravité de la syphilis.

Les statistiques de Fournier portant sur sa clientèle de ville donnent sur 517 grossesses, 239 avortements, soit 43 % et en clientèle hospitalière sur 184 grossesses, 123 morts, soit 87 %.

Une observation des professeurs Pinard et Fournier portant sur 25 familles, accuse 310 naissances et 217 décès.

Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1892, le professeur Etienne :

Sur 100 avortements dont la cause est connue 39,7

relèvent comme étiologie, la syphilis. Sur 100 macérés 33,3 au moins sont d'origine syphilitique.

D'autre part sur 100 femmes syphilitiques non traitées ayant donné 100 grossesses comptent :

62 fœtus mort nés, tant provenant d'avortements que fœtus macérés.

58 fœtus vivants sur lesquels :

16,6 présentent des signes de syphilis à la naissance.

21,4 sont sains en apparence.

7 sont prématurés.

C'est ainsi qu'en 1920 dans son service de la clinique Baudelocque, le professeur Couvelaire a montré que sur 3021 enfants nés vivants, 103 sont morts avant le dixième jour, sur ces 103 morts, il y avait 84 prématurés débiles et sur ces 84 prématurés débiles il avait été possible de reconnaître l'existence d'une syphilis des procréateurs dans 17 cas soit une proportion minima de 1/5. D'après lui aussi le nombre des morts du sixième mois de la vie intra utérine, au troisième jour après la naissance est d'environ 38.000 par an en France : 50 % sont imputables à la syphilis. Le nombre des morts avant le sixième mois de la vie fœtale est inconnu. Pinard admet le chiffre de 40.000 par syphilis et par an.

A Nancy, M. le Professeur Spillmann, dans *La syphilis mal soignée tue de très nombreux enfants*, étudie les ravages de la syphilis dans seize familles « 16 femmes ont 115 grossesses qui auraient dû normalement aboutir à la naissance de 115 enfants normaux. Sur ces 115 enfants, la syphilis en tue 83 ; parmi les 32 qui échappent à l'hécatombe plusieurs présentent des signes de syphilis

héréditaire et beaucoup parmi eux n'atteindront pas l'âge adulte ».

Une des conséquences funestes aussi de la syphilis, c'est la disparition des familles. On cite le cas de plusieurs familles qui à la troisième ou quatrième génération se sont éteintes et ont complètement disparues par suite du décès des uns et l'impossibilité pour les survivants de procréer ou de mener une grossesse à terme.

« Le danger, dit Charles Richet, s'étend, menaçant de partout notre société moderne, le nombre des anormaux progresse chaque année, conséquence de nos vices et de nos empoisonnements ». C'est encore une conséquence sociale de la syphilis. Les tarés et les anormaux grèvent lourdement le budget de la société qui leur donne abri. Beaucoup de dégénérés sont coupables de crimes envers elle ; les hôpitaux d'incurables, les asiles d'aliénés, les prisons : voilà le résultat.

Il est donc facile de comprendre que dans un pays à faible natalité comme le nôtre, où la mortalité infantile est considérable on doit tout mettre en œuvre pour sauver une partie de ces enfants. Presque tous ces maux sont évitables. Le progrès général de nos connaissances médicales, le perfectionnement des techniques d'études, des moyens d'exploration, des procédés de diagnostic, la découverte chaque jour renouvelée de nouveaux médicaments de plus en plus efficaces, la mise au point de nouveaux modes d'administration, surtout pour les composés arséno-organiques sont des progrès très réels. Il nous est un devoir de nous en

servir pour lutter victorieusement contre ce fléau afin que nous ne revoyions plus jamais les terribles épidémies mutilant des populations entières, comme au moment des guerres d'Italie au xvi^e siècle, lors de la grande extension du mal, dit mal napolitain par les Français, et mal français par les Italiens.

D'où la nécessité d'un traitement prophylactique qui nous conservera des hommes sains, pouvant procréer une descendance forte, capable de continuer l'œuvre actuelle et dans la lutte mondiale faire respecter nos droits et nos devoirs.

DEUXIÈME PARTIE

PROPHYLAXIE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Dans la première partie, nous venons de voir les ravages causés par la syphilis. Heureusement la plupart sont évitables à condition qu'on ne les traite pas à la légère et que l'on organise avec énergie, méthode et conviction la lutte. Il faut lutter contre la syphilis acquise ou héréditaire, la syphilis des femmes en état de gestation, la syphilis des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, la syphilis des femmes récemment accouchées et nous obtiendrons au point de vue social de très beaux résultats : extinction de la syphilis, augmentation de la natalité, disparition des tarés et des dystrophiques, amélioration de la race.

Il est donc nécessaire pour que la lutte soit efficace, d'envisager une prophylaxie méthodique, bien réglée et bien conduite, portant sur tous les facteurs de dissémination et de contagion de la syphilis. La mesure prophylactique la plus sûre et la meilleure est la suppression de la maladie. Vérité tellement évidente qu'elle n'a pas besoin de démonstration.

Ce qui fait de la syphilis une maladie sociale des

plus graves, c'est sa dissémination sur la descendance. La société doit mettre en œuvre tous les moyens qu'elle a à sa disposition pour empêcher la transmission de la syphilis des procréateurs à leurs descendants.

Une thérapeutique anti-syphilitique moderne, basée sur une expérimentation certaine, prouvée par des recherches sérologiques, amène la stérilisation des porteurs de germe et le blanchiement de l'individu ; et la syphilis disparaîtra comme a disparu la variole et comme va disparaître la fièvre typhoïde. Elle ne constitue pas à elle seule toute la prophylaxie de la syphilis ; il faut qu'avec le médecin, gouvernants et public s'associent. Qu'une réglementation humaine et morale de la prostitution, empêche la dissémination de l'infection ; qu'une loi (autre qu'une loi de conscience, mais une loi civique) punisse l'individu qui par un rapport sexuel contamine l'autre ; la syphilis n'est pas une maladie honteuse, elle est guérissable et elle doit être traitée : Voilà pour gouvernants et public. Quant au médecin, il doit être sérieusement instruit des dangers de la syphilis, de sa transmission et de son traitement. Car il peut être appelé tous les jours à donner son avis. Le traitement de la syphilis ne doit pas être une spécialité puisque chaque jour dans sa pratique il la côtoie. Il doit donc savoir l'envisager et la traiter.

Une connaissance bien exacte de la maladie, des moyens moraux et médicamenteux sont des mesures prophylactiques puissantes pour enrayer ce fléau social. Nous allons montrer comment la syphilis se transmet du père à l'enfant, la possibilité de la reconnaître, la cure thérapeutique et morale qui doit être la base d'un traitement prophylactique.

CHAPITRE I

TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE LA SYPHILIS

Depuis que la syphilis existe, sa transmission héréditaire est connue. Les anciens médecins avaient constaté que les enfants qui naissaient de parents syphilitiques présentaient les mêmes symptômes que leurs parents et en particulier des accidents contagieux (plaques muqueuses, etc.). Dès la découverte de l'agent de la syphilis, le tréponème, ces faits cliniques ont été confirmés par la présence de celui-ci dans l'œuf, le fœtus et l'enfant nouveau-né.

Le tréponème est assez difficile à mettre en évidence et se trouve en très petite quantité dans le placenta, par contre il abonde dans les organes fœtaux. Le tréponème traverse donc le placenta pour aller se localiser sur les organes fœtaux. Ou bien le spirochète est-il détruit, ainsi que le dit Manouelian, grâce aux leucocytes ? Le placenta fonctionnerait alors comme organe de défense. Cela n'est pas encore confirmé.

Mais la question la plus délicate est de savoir quel est le mode de transmission de la syphilis à l'œuf. Cette question a une grande importance tant au point de vue médical qu'au point de vue social, car de là découle un grave problème : Le mariage des syphilitiques.

Quand les deux procréateurs sont en état de syphilis

virulente, c'est-à-dire ayant dans leur organisme des tréponèmes vivants et virulents, les conditions de transmission se trouvent réunies le plus favorablement, l'enfant qui naît de cette union est sûrement contaminé. La question ne fait aucun doute, tous les auteurs sont d'accord.

Lorsque, seule, la mère est syphilitique, le problème de la transmission de la syphilis à l'œuf est simplifié : l'infection est donnée par les germes de la mère.

Autrefois on admettait que le placenta était le filtre protecteur pour le fœtus contre les infections venues de la mère. Davaine avait d'abord admis, que le placenta s'opposait absolument au passage des micro-organismes. Mais de nombreux expérimentateurs ont démontré, après Arloing, que la barrière placentaire est le plus souvent franchie, à la suite d'une lésion probable des villosités. Couvelaire croit que les micro-organismes sont susceptibles de passer au travers du placenta, même lorsqu'il est macroscopiquement et histologiquement normal.

Il est intéressant de savoir si toutes les femmes, atteintes de syphilis virulente, sont susceptibles d'infecter sûrement l'œuf.

Les anciens auteurs avaient distingué deux cas :

Les femmes ayant la syphilis avant la gestation.

Les femmes contractant la syphilis au cours de la gestation.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord. Les femmes ayant la syphilis avant la gestation, l'œuf est sûrement infecté.

Pour les femmes contractant la syphilis en période

de gestation, les anciens observateurs avaient remarqué que quelques fois l'œuf échappait à l'infection et que les femmes pouvaient mettre au monde des enfants sains et susceptibles de demeurer sains. De nos jours, cette question s'est éclairée; on a observé, qu'une femme contractant la syphilis, au début de sa grossesse, l'œuf était sûrement infecté et que la femme non traitée ou même traitée, expulsait un œuf mort ou infecté. Puis cette limite fut reculée jusqu'au troisième mois. On croyait qu'à cette époque, le fœtus venait au monde sain. Puis la limite fut portée à cinq mois. Actuellement, nous allons jusqu'aux dernières limites de la gestation. Une femme contractant la syphilis huit ou quinze jours avant l'accouchement, la lésion étant alors exclusivement locale, le fœtus pourra échapper à l'infection. En résumé, si la syphilis est contractée au début de la gestation on aura un enfant mort; contractée à la fin, l'enfant sera vivant, mais syphilitique. Il aura pu être contaminé au passage, ainsi que le rapporte Haslung dans une observation.

La syphilis paternelle exclusive est encore à l'heure actuelle, une question assez obscure et assez discutable.

Une femme non syphilitique, n'ayant pas été contaminée antérieurement au rapport fécondant et fécondée par un homme atteint de syphilis, mettra-t-elle au monde un enfant sain, non syphilitique?

L'exemple typique est fourni par la célèbre loi de Colles-Baumes ainsi formulée « Une mère ayant porté dans son sein un enfant syphilitique, qui doit l'infection au sperme de son père, ne contracte pas généralement la maladie syphilitique. »

Cette loi impliquait pour le père la possibilité fréquente de transmettre la syphilis à son enfant sans contamination de la mère, l'hérédité se transmettait directement du père au fœtus. On admettait donc pour expliquer cette loi, la possibilité d'une sorte de vaccination de la mère du fait du fœtus malade, *in utero*, par l'intermédiaire du placenta. On pensait que suivant la quantité du virus transmis par l'enfant à la mère, celle-ci était contaminée ou immunisée, ou encore que si les microbes passaient par le filtre placentaire, la mère était infectée, tandis qu'elle était immunisée, si les toxines passaient seules.

L'hypothèse de l'immunisation n'est pas démontrée ; elle paraissait s'accorder avec des faits bien connus en clinique : c'est le cas par exemple d'un enfant syphilitique, né d'un père qui a eu la syphilis d'une façon certaine et d'une mère chez qui on ne trouve aucun signe de syphilis, elle paraît absolument indemne et comme l'enfant est né syphilitique, on conclut que la syphilis est d'origine paternelle exclusive ; la mère restée cliniquement indemne aurait été immunisée.

La prétendue immunité de la mère correspond donc à une syphilis latente, passée inaperçue, ce qui est fréquent chez la femme ; on observe souvent dans les services de syphiligraphie des femmes qui se présentent à la consultation avec des gommès, des accidents tertiaires et chez lesquelles on ne trouve aucune porte d'entrée, on observe même des femmes qui en sont à la période secondaire et qui ne portent aucune trace d'accidents primitifs.

Comme corollaire à la loi de Colles-Baumes, on

disait : l'enfant reconnu sain, né d'une mère syphilitique ne peut contracter la syphilis ni par l'allaitement, ni par tout autre contact : c'est la loi de Profeta.

Mais à notre époque, nous n'admettons plus aussi rigoureusement ces lois qui pour les anciens médecins étaient pour ainsi dire infaillibles. Il faut les modifier ; le texte proposé par M. Carle : « Une mère qui donne naissance à un enfant syphilitique est toujours syphilitique quelles que soient ses apparences de santé », remplace la loi de Colles-Baumes et s'applique mieux à nos connaissances actuelles.

A la loi de Profeta, on substitue ceci : « Un enfant né d'une mère syphilitique est le plus souvent syphilitique lui-même, malgré les apparences, il a donc toutes les raisons pour ne pas être contaminé au cours de l'allaitement ».

C'est grâce à la sérologie que ces lois ont pu être changées et la prétendue immunité n'existe donc que parce que la mère est syphilitique elle-même.

Une autre théorie était celle de la syphilis conceptionnelle particulièrement bien décrite par Diday : la syphilis sans chancre de Fournier.

D'après cette théorie, une femme pouvait être contaminée par le produit de conception, alors même que le père ne présentait aucun signe de syphilis en activité.

Pour étudier la question, on eut recours tout d'abord à la méthode expérimentale. On essaya des inoculations avec le sperme d'individus syphilitiques.

Mireur, en 1877, inoculait sans succès le sperme d'un syphilitique secondaire à quatre individus.

Neisser et ses collaborateurs à Batavia obtenaient les mêmes insuccès, dans des inoculations au singe.

Cependant, en 1905 et 1906, Finger et Landsteiner à Vienne recueillant le sperme de syphilitiques en période secondaire, le centrifugant et inoculant le culot sur des singes, à l'arcade sourcillière, ont obtenu des inoculations positives.

Ulenhu a pu également avec le sperme de syphilitiques secondaires en activité, obtenir des inoculations intratesticulaires positives au lapin.

Les inoculations étant très exceptionnellement positives, on a tiré de ce résultat un argument : la possibilité de contamination de l'œuf par le sperme paternel.

Malgré les travaux de Thibierge, Ravaut et Le Sourd, de Bob, de Radaele les recherches étaient restées négatives, et la constatation du tréponème n'avait pas été faite.

En 1910, Marcel Pinard « eut la chance de constater à l'ultramicroscope la présence du tréponème dans le sperme d'un individu atteint de syphilis secondaire sans lésion génitale ».

Reprenant en 1920 la question avec Hoche, le tréponème a pu être mis en évidence 3 fois sur 11.

« L'examen a porté sur onze syphilitiques, les tréponèmes ont été constatés dans le sperme de trois d'entre eux.

Malade A — Chancre il y a un an, traité par sirop de Gibert, syphilides érosives buccales et génitales, quelques rares tréponèmes.

Malade B — Examen de la lèvre supérieure, datant

de sept semaines. Roséole. Rien à la zone génitale, jamais traité, rares tréponèmes libres entre les spermatozoïdes.

Malade C — Examen du fourreau, cicatrice depuis trois semaines, cicatrice visible, roséole discrète apparue il y a un mois, pas d'autres lésions secondaires, nombreux tréponèmes.

Les préparations ont été effectuées par la méthode d'imprégnation à l'argent de Fontana-Tribondau.

Les tréponèmes étaient libres entre les spermatozoïdes, mais l'imprégnation à l'argent, colorant en noir les spermatozoïdes, empêchait de constater leur présence, si par hasard il s'en trouvait.

Ces malades ne présentaient aucune lésion testiculaire évidente.

Dans nos premiers examens, nous avons directement examiné le sperme entre lame et lamelle à l'ultra microscope.

Dans ces récentes recherches, le sperme a été lavé à différentes reprises dans le sérum physiologique, centrifugé et décanté. L'examen a porté sur la couche toute superficielle au culot spermatique ».

Il reste à préciser les rapports du tréponème et des spermatozoïdes. Il existe dans le sperme, c'est un point acquis, mais existe-t-il dans le spermatozoïde ?

Le tréponème présente comme dimensions habituelles 6 à 15 μ (avec des formes courtes de 3 μ et des formes longues de 20 μ) Le spermatozoïde a un noyau, la tête d'environ 5 μ de longueur, prolongé par la pièce intermédiaire et le flagellum. Il ne serait pas

impossible, dit M. Pinard, que le tréponème puisse être contenu dans un spermatozoïde.

Longtemps avant Marcel Pinard, en 1736, Astruc disait : « La semence et les autres humeurs séminales sont les plus sujettes à être infectées du virus vénérien, en raison de l'affinité particulière qui les rend propres à en être intimement pénétrés ».

Diday, du même avis, écrit : « Le sperme peut infecter directement le spermatozoïde qui est l'agent de transport de la matière virulente, pénétrant jusqu'à l'ovaire, a assez de force pour infecter l'ovule et l'organisme de la femme qui le porte ».

Levaditi et Sauvage ont trouvé des tréponèmes intra-ovulaires chez une enfant de 30 jours issue d'une mère syphilitique. Les tréponèmes « ont conservé leur aspect habituel, ou bien se sont enroulés sur eux-mêmes, pour former des boucles irrégulières. Ces parasites essentiels sont le plus souvent contenus dans des vacuoles protoplasmiques situées près du noyau ».

Il peut être possible que le tréponème envahisse le spermatozoïde, mais jamais aucune constatation de ce genre n'a été faite. « N'oublions pas dit Pautrier, que la tête de ce dernier est quatre fois plus petite que le volume du tréponème. On a soutenu, il est vrai que le tréponème pouvait se trouver inclus dans la tête du spermatozoïde sous une autre forme que sa forme spirillaire. C'est là une hypothèse, qui ne repose sur aucune donnée, puisque nous ne connaissons le tréponème que dans sa forme spirillaire ».

Un autre point. Le tréponème indépendamment du spermatozoïde peut-il pénétrer dans l'œuf ? Sa présence

est elle compatible avec le développement de l'ovule ?

R. Koch a montré que la spirochète Duttoni, envahit les ovules de l'*Ornithodoros* ecto-parasite transmetteur de la fièvre récurrente africaine, assurant ainsi l'infection des larves d'*Ornithodoros*.

Levaditi et Manouelian ont vu le spirille de la septicémie brésilienne pénétrer dans l'œuf de poule, en particulier dans le vitellus.

D'autres expériences, notamment Francotte, sur des œufs infectés de trémellaire, montre que l'ovule, ou rejette le microbe, ou meurt, et que la cellule germinative en voie de segmentation, ne peut conserver de corps étrangers dans sa substance.

Donc, le tréponème se trouve à l'état libre dans le sperme, par conséquent, ce parasite peut pénétrer sinon dans l'ovule du moins dans les voies génitales profondes la femme.

Pour M. Carle, la syphilis conceptionnelle n'existe pas : la femme enceinte a contracté sa maladie par les procédés ordinaires : le chancre est passé inaperçu, comme cela arrive très souvent chez la femme.

A l'appui de la théorie de M. Carle, on peut dire que, cliniquement, la syphilis décapitée peut apparaître de la même façon chez l'homme, et là, naturellement, il ne peut être question de syphilis conceptionnelle.

« C'est un mauvais nom peut-être dit Millian, mais qu'il faut conserver encore, puisqu'il répond à des faits connus et universellement acceptés ».

De tout cela nous pouvons conclure que la syphilis transmise en nature, exclusivement, par le père, n'est pas encore chose démontrée ; que la syphilis transmise

en nature au fœtus — la mère paraissant indemne — correspond la plupart du temps, à une infection maternelle, qui a été déterminée par le père : c'est-à-dire, qu'il n'y a pas de syphilis virulente d'origine exclusivement paternelle, mais qu'il y a toujours des infections mixtes.

D'après les tendances actuelles le rôle de l'hérédité paternelle serait donc considérablement réduit. Le père ne semble pouvoir transmettre la syphilis à l'enfant, sans avoir contaminé la mère au préalable. Son rôle se bornerait à la production de dystrophies dues à une sorte d'imprégnation toxinique du sperme.

Tout le contraire pour l'hérédité maternelle, qui elle aujourd'hui tient le rôle prépondérant. Fatalement le fœtus sera contaminé par voie placentaire, si la mère est syphilitique avant la conception, ou a contracté la maladie pendant la grossesse.

Transmission de l'hérédité syphilitique de deuxième génération

L'enfant a d'autant plus de chances d'être gravement atteint, que la syphilis des ascendants est plus récente et plus virulente, dit une vieille notion maintenant classique.

Les exceptions à cette règle sont cependant nombreuses, puisque après des années, et même on pourrait dire après des générations de sommeil, la syphilis peut sans cause apparente se réveiller sous la plus virulente des formes.

Témoin ces enfants qui naissent sains alors que les

ainés ou les cadets sont atteints. Témoin ces faits, rares, il est vrai, mais indiscutables, de syphilis virulente de deuxième et même de troisième génération.

Millian donne une définition :

« L'hérédo-syphilis de deuxième génération est une syphilis transmise par un hérédo-syphilitique, sans contamination par syphilis acquise, ni du sujet qui la transmet, ni de son conjoint. Un homme syphilitique transmet, par exemple, la syphilis à sa fille, qui donne naissance à des hérédo-syphilitiques de seconde génération sans qu'il y ait eu de contamination nouvelle des géniteurs ».

C'est une question assez récente. Pour A. Fournier, en 1891, c'était un accident assez rare; depuis Edmond Fournier, la question a été bien étudiée et observée.

Il faut donc, pour être hérédo-syphilitique de deuxième ou troisième génération, remplir plusieurs conditions : que le deuxième géniteur fils du premier géniteur syphilitique soit hérédo-syphilitique; pour le prouver il faut qu'il y ait syphilis positive, il faut que cette syphilis ne soit pas acquise — ce qui n'est pas toujours facile à démontrer —, il faut que le troisième géniteur ait lui aussi ces signes de syphilis et qu'il n'ait pas non plus de syphilis acquise. Il ne faut pas non plus qu'un des deux conjoints hérédo-syphilitique s'allie avec un syphilitique.

Les réactions sérologiques ont permis de discerner l'hérédité spécifique là où, du fait de l'absence clinique de symptômes, il était impossible de la mettre en évidence.

Ed. Fournier a étudié l'action de l'hérédo-syphilis sur la descendance.

Voici le résultat des ses études sur 116 observations.

116 hérédo-syphilitiques produisent : 367 grossesses qui aboutissent à :

118 avortements.

59 morts rapides.

192 enfants vivants.

Sur ces 192 enfants vivants :

31 enfants sains.

161 tarés dont 28 étaient atteint de syphilis virulente.

L'influence du père ou de la mère est pour ce même auteur à peu près identique.

10 ménages ou *l'homme* est hérédo-syphilitique donnent 31 grossesses.

Sur ces 31 grossesses :

16 fausses couches.

15 enfants vivants.

Sur ces 15 enfants vivants ; 13 tarés, 2 sains.

10 ménages ou la *femme* est hérédo-syphilitique 31 grossesses.

Sur ces 31 grossesses :

16 fausses couches.

15 enfants vivants.

Sur ces 15 enfants vivants : 12 tarés, 3 sains.

D'après A. Fournier il y a deux formes de transmission de la syphilis héréditaire :

La syphilis dystrophyque.

La syphilis virulente.

La syphilis dystrophique, mot créé par Fournier. Pour lui ce sont des cas où le patient a reçu de ses parents non pas la syphilis en nature mais une série de malformations produites, non par le tréponème lui même, mais par ses produits de sécrétion : les toxines. Ces toxines passent à travers le placenta de la mère et amènent des dystrophies, des malformations.

L'exemple le plus typique de dystrophies que l'on puisse trouver, ce sont les bosses frontales.

Il y a deux variété de syphilis dystrophique : directe, intervention directe du tréponème sur l'organe, l'exemple des bosses frontales. Indirecte, les malformations qui surviennent par suite de l'altération primitive syphilitique sur un organe (corps thyroïde, surrénale, hypophyse...) autrement dit syphilis des glandes endocrines.

Il en est de même des dégénérescences testiculaires qui amènent l'infantilisme.

La syphilis virulente.

Très difficile à démontrer dans l'hérédo-syphilis de deuxième génération, parce quelle s'atténue en passant par l'organisme des premiers et seconds géniteurs, avant de toucher l'organisme de l'hérédo-syphilitique.

Il est néanmoins possible de temps à autre de voir des accidents syphilitiques en nature, chez les hérédo-syphilitiques de seconde génération. Voici le résumé d'une observation de M. Millian publié à la Société de Dermatologie de Paris le 10 mars 1921.

Il s'agissait d'une femme amenant à l'hôpital une jeune enfant de 7 ans, qui présentait des accidents de

keratite interstitielle et de déformation du nez. A l'examen de la bouche on constatait une perforation de la voûte palatine. L'enfant présentait en outre de nombreux stigmates (bosses frontales saillantes, kératite, cicatrices cachées des lèvres et aux commissures labiales). Ce qui signifiait qu'à sa naissance, cette enfant était couverte d'accidents syphilitiques en nature. La mère étant âgée de 34 ans présentait, elle-même, de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis. Elle avait elle aussi une perforation de la voûte palatine, elle avait marché à l'âge de 2 ans, avait été réglée à l'âge de 18 ans.

Cette femme était une hérédo-syphilitique.

Son enfant était une hérédo-syphilitique de deuxième génération.

Une autre observation de Schlumberger : un homme a une perforation de la voûte palatine, sa femme meurt paralytique générale. Leur fille à l'âge de 14 ans a une périostite du maxillaire inférieur ; elle se marie avec un sujet qui n'a pas eu la syphilis. Elle devient enceinte à l'âge de 20 ans et fait successivement six fausses couches puis met au monde trois enfants : Le premier a une périostite du tibia, le deuxième, une keratite interstitielle, le troisième ne présente pas de signes de syphilis héréditaire, mais une réaction de Wassermann positive ; les enfants sont des hérédo-syphilitiques de deuxième génération.

Le Professeur Gaucher a rapporté, en 1916, un cas de syphilis virulente à la troisième génération : un enfant de 6 ans, idiot, a marché tard, il ne parle pas, il a du strabisme convergent, la déformation du nez est

caractéristique, le Wassermann est partiellement positif ; la sérologie est positive chez le père bien portant ; le grand-père est mort d'hémorragie cérébrale sans jamais avoir eu de syphilis acquise ; l'arrière grand-père est mort jeune de paralésie syphilitique.

Ce sont là des faits. La syphilis héréditaire, non soignée, de deuxième ou troisième génération, est donc tout aussi dangereuse que la syphilis acquise. Avant toute conception un traitement sera institué chez le géniteur hérédo-syphilitique.

Il est fréquent de rechercher dans pareils cas la syphilis sans la trouver. On doit tenter à titre d'essai le traitement spécifique, médication inoffensive, même quand elle tombe à faux, si elle est prudemment instituée.

CHAPITRE II

DÉPISTAGE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Le diagnostic de la syphilis chez les géniteurs est quelque fois très malaisé. Si le médecin trouve chez eux des traces récentes de syphilis ou si ceux-ci avouent une syphilis ancienne, sa tâche est grandement simplifiée. Mais il n'en est pas toujours de même et on ne le renseignera pas toujours, soit par ignorance, soit volontairement. C'est alors qu'interviendront utilement les réactions sérologiques, la réaction de Bordet-Wassermann, de Hecht ou de Desmoulières.

Le médecin à qui on confie la surveillance d'une grossesse doit, de « parti pris » (M. Pinard), et dans tous les cas, faire une enquête au sujet de la syphilis; et de même qu'il pratique une analyse d'urine chez sa cliente, il doit pratiquer une prise de sang chez les deux procréateurs.

S'il a affaire à une multipare : par un interrogatoire serré il s'attachera à l'histoire des gestations antérieures, et s'il y a déjà des enfants, les examinera et s'assurera qu'ils n'ont pas souffert d'affections, de lésions, qu'il pourra heureusement éviter à celui qui se développe dans le sein de sa mère.

C'est bien souvent l'histoire des gestations antérieures qui révélera au médecin une syphilis latente.

Prenons un exemple :

M^{me} L..., 36 ans.

A toujours été bien portante, réglée à 15 ans régulièrement, mariée à 24 ans.

A 25 ans, avortement de trois mois.

A 27 ans, accouchement prématuré à 7 mois d'un fœtus macéré.

A 28 ans, avortement de cinq mois.

A 30 ans, accouchement prématuré à sept mois fœtus macéré.

A 32 ans, accouchement prématuré à huit mois d'un enfant mort le deuxième jour de la naissance.

A 34 ans, accouchement prématuré à sept mois fœtus macéré.

36 ans, actuellement enceinte de quatre mois.

Sur sept gestations, M^{me} L... n'a pu mener une grossesse à terme et avoir un enfant vivant.

D'autres exemples encore plus frappants indiqués par M. le Professeur Spillmann :

« L'influence désastreuse de la syphilis sur la descendance, est encore plus nettement mise en valeur par l'observation suivante recueillie il y a quelques années dans la région de l'Est. Une jeune femme de trente-deux ans s'est mariée à vingt ans : elle a eu huit grossesses terminées de la façon suivante :

1^{re} G. Accouchement à 8 mois, enfant mort.

2^e G. Avortement à 5 mois.

3^e G. Enfant normal.

4^e G. Avortement à 6 mois.

5^e G. Avortement à 4 mois.

6^e G. Enfant syphilitique : déformations osseuses ; aveugle d'un œil.

7^e G. Avortement à 6 mois.

8^e G. Avortement à 5 mois.

Voici donc une malheureuse femme qui a huit grossesses successives avec un seul enfant normal, un enfant hérédo-syphilitique dont l'avenir est fortement compromis et six enfants morts. Malgré tous ces désastres le diagnostic de syphilis n'a été porté qu'à la huitième grossesse ! Le mari prétendait ignorer son mal ! La contamination de la femme remonte au mariage. Peut-on trouver exemple plus frappant des conséquences lamentables de la méconnaissance de la syphilis ? Supposons que le mari et la femme aient été soignés dès le début du mariage, le ménage pourrait avoir à l'heure actuelle huit enfants normaux et bien portants. La syphilis dans cette seule famille a tué six enfants et a compromis gravement la santé d'un septième ! »

Une autre observation est aussi démonstrative.

Une femme de 28 ans s'est mariée à 18 ans ; elle a eu neuf grossesses terminées de la façon suivante :

1^{re} G. Avortement à 6 mois.

2^e G. Enfant mort à 6 semaines.

3^e G. Enfant vivant.

4^e G. Enfant mort à 3 semaines.

5^e G. Enfant mort à 9 mois.

6^e G. Avortement à 2 mois.

7^e G. Avortement à 1 mois.

8^e G. Avortement à 2 mois.

9^e G. Avortement à 4 mois.

C'est surtout dans les maternités, où toutes les

temmes sont soumises à une enquête sérieuse que l'on arrive à dépister des syphilis ignorées ou insidieuses. Toutes les femmes sont pour ainsi dire passées au crible et c'est l'histoire obstétricale qui attire et retient l'attention des médecins.

Accouchements avant terme, grossesses gemellaires univitellines, gros enfant avec gros placenta, hypertrophie placentaire dépassant le sixième du poids de l'enfant (Loi de Pinard), doivent provoquer une enquête serrée.

Si la clinique dit : Syphilis, et que l'enquête réponde : non, il est du devoir du médecin d'agir malgré tout, car il ne peut pas être prouvé scientifiquement que le père légal soit le procréateur de l'enfant.

Souvent, ainsi que le dit le Professeur Couvelaire, c'est la syphilis de l'œuf qui révèle au médecin la syphilis des parents. L'enfant vient au monde avec des signes évidents de syphilis : pemphigus plantaire et palmaire, rhagades, coryza, lésions labiales, enfant chétif et vieillot, syphilides erythemato-papuleuses polymorphes de Jacquet, lésions viscérales, gros foie, grosse rate.

Mais il est rare de voir ces signes aussi nets et aussi faciles à dépister.

La plupart du temps, seuls, quelques signes guident le médecin vers le diagnostic de syphilis des géniteurs. Les gros enfants qui viennent au monde gros et joufflus, superbes enfants, « premiers prix des concours de bébés » et qui au bout de quelques mois, sans cause apparente, fléchissent brusquement et ne reprennent pas de poids. Les enfants qui meurent sans qu'on puisse découvrir la cause de cette mort.

Un enfant nourri au sein par sa mère doit s'élever sans incident : « S'il est criard, crie le jour et la nuit, s'il a de la diarrhée verte, s'il ne digère aucun lait, s'il présente le syndrome des vomissements habituels de Marfan, s'il a des convulsions, si avec une ration de lait suffisante son poids diminue, cherchez la syphilis et vous la trouverez souvent », dit Marcel Pinard.

Une syphilis ignorée ou mal soignée doit être reconnue et poursuivie au moment des gestations, des accouchements et pendant les premiers mois de la vie de l'enfant. Chez la mère une grossesse exalte la virulence de la syphilis et l'état général peut en être profondément troublé : « La grossesse est une complication de la vérole » (Fournier).

Comme on le voit, ce dépistage de la syphilis obstétricale a une importance capitale et il serait à souhaiter que dans toutes les consultations de femmes enceintes, les consultations prénatales, il soit fait à chaque femme une réaction sérologique. Beaucoup de syphilis seraient ainsi mises à jour et pourraient être traitées efficacement avant que le post partum n'en ait donné l'éveil.

Ayant établi le diagnostic de syphilis chez un des procréateurs ou chez les deux, même si elle est insidieuse, du moment qu'elle a donné la preuve de son activité, le médecin doit exiger un traitement immédiat.

CHAPITRE III

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE PROPREMENT DIT

C'est-à-dire les moyens que l'on peut mettre en œuvre pour empêcher la transmission de la syphilis des parents aux enfants.

Le premier problème qui se pose est le suivant : Le géniteur syphilitique peut-il se marier ? Oui ou non.

Oui, disent les uns, les plus nombreux ; non, disent les autres. Quelques auteurs ont prétendu qu'un médecin ne pouvait autoriser un syphilitique à se marier, mais qu'il devait tout simplement instruire son malade en le laissant libre de prendre une décision, en particulier Mibelli de Parmes. Pour de Beurmann, « il ne blâme pas un syphilitique de renoncer au mariage d'une façon définitive ». Encore, dit Cl. Simon, ces opinions ont-elles été exprimées en 1907 avant les méthodes thérapeutiques actuelles et il n'est pas défendu de penser que l'opinion de ces auteurs a peut-être changé.

Au contraire, Fournier disait : « Oui, cent fois oui, un syphilitique peut se marier, mais à certaines conditions ».

Et ces conditions les voici :

Absence d'accidents spécifiques actuels.

Age avancé de la diathèse.

Certaine période d'immunité consécutivement aux dernières manifestations spécifiques.

Caractère non menaçant de la maladie.

Traitement spécifique suffisant.

Pendant de longues années, et presque dans tous les pays, ces conditions ont été admises. C'est ce que montre l'enquête de M. Civatte en 1907 et dont les résultats sont dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*.

Pour Fournier, et pour les médecins, le temps était le principal facteur d'atténuation de la syphilis. Le mercure aidait l'organisme à se débarrasser de l'infection. Le délai accordé était, en général, de trois ou cinq ans.

En somme, c'était par l'atténuation progressive de l'infection et l'observation des malades que l'on était amené à faire, ainsi que le dit Clément Simon : « le bilan clinique des bonnes et mauvaises chances » avant de se décider pour ou contre l'autorisation. Il est certain que l'on faisait des erreurs. Un syphilitique ne restait pas cinq années sans avoir de rapports sexuels, il n'y avait donc plus de raisons pour qu'il attende si longtemps le mariage.

Les découvertes récentes pouvaient peut-être modifier d'une façon plus favorable les règles de Fournier. Sous la présidence de M. Queyrat, une commission composée de MM. Hudelo, Spillmann, Gastou et Clément Simon s'est réunie, et a envisagé le problème sous un jour nouveau. Peut-on décréter qu'un syphilitique soit guéri complètement et l'autoriser à se marier au même titre qu'un non syphilitique ? Puis elle a fixé les conditions générales que tout médecin est en droit d'exiger du « candidat » au mariage, et a posé quelques conditions particulières constituant des cas cliniques types.

La syphilis guérit-elle entièrement ? et existe-t-il des signes de cette guérison ? Pour ceux qui croient à la guérison, la syphilis peut guérir parce que nombre de syphilitiques, surtout quand ils sont traités dès les premiers jours du chancre, ne présentent jamais d'infections générales, parce que leur réaction de Bordet Wassermann reste toujours négative, parce qu'ils sont susceptibles de reprendre la syphilis, parce que le liquide céphalo-rachidien reste normal.

Reprenant les idées de M. Brocq, la commission discute ces propositions, absence d'infection générale : « Certains sujets jeunes ayant vraiment contracté la syphilis, ayant eu un chancre caractéristique, peuvent même sans traitement aucun ne pas avoir d'accidents secondaires visibles, et peuvent, après plusieurs années, parfois après vingt ou trente ans, pendant lesquels ils sont restés en apparence indemnes, avoir des accidents tertiaires. Ces mêmes sujets, après une période de calme de quelques mois et même de un ou deux ans après le chancre, peuvent, sous des influences diverses, présenter des accidents dits secondaires et surtout des érosions contagieuses des muqueuses. Ils peuvent, sans avoir eu d'accidents secondaires visibles, s'ils se marient, infecter leurs femmes et avoir des enfants mort-nés et hérédosyphilitiques. L'absence d'accidents secondaires objectivement appréciables chez un sujet contaminé et traité, est donc un argument sérieux en faveur de la bénignité apparente de l'infection, peut-être même en faveur de la guérison, mais ne constitue pas une preuve décisive de cette guérison ».

Ce qu'ils disent au sujet du deuxième argument, la

négativité persistante de la réaction de Bordet Wassermann :

« Peut-on faire de la négativité persistante de la réaction de Wassermann un critérium de la guérison de la syphilis ? »

« Peut-on souscrire à l'opinion de Vernes, qui n'a jamais vu une réaction redevenir positive après huit mois de négativité persistante ?

« Quelle est en un mot la valeur clinique d'une réaction *négative* chez un syphilitique ? Nous ne pensons pas qu'on puisse poser la fameuse équation critiquée à juste titre par M. Thibierge et qui a, malheureusement, encore aujourd'hui, trop de valeur dans l'esprit des praticiens non spécialisés : Wassermann négatif = absence de syphilis ou syphilis guérie. En effet, nous savons que même dans la syphilis secondaire en activité la séro-réaction peut, exceptionnellement sans doute, n'être pas positive, à moins d'employer des antigènes à pouvoir anticomplémentaire trop fort avec lesquels on risque d'obtenir des réactions positives, même sur des sérums non syphilitiques. Il est vrai, il semble aujourd'hui que l'usage des méthodes plus sensibles, mais néanmoins authentiques, telles que celles de Hecht, abaisserait la proportion de 1 à 2 0/0 de négativité que donne la méthode ordinaire de Wassermann dans la syphilis secondaire, mais cette proportion est beaucoup plus forte quand il s'agit d'accidents tertiaires : le pourcentage de négativité atteint alors dans les meilleures statistiques 20 0/0 ; ces constatations nous paraissent décisives : on ne peut, *scientifiquement* tout au moins, prendre comme critérium *exclusif* de guérison de la

syphilis une négativité même persistance de la séro-réaction. L'opinion que toute réaction négative en série, pendant huit mois, ne devient ou ne redevient jamais positive, peut être vraie dans la majorité des cas, mais elle ne présente pas davantage une certitude vraiment scientifique.

D'autres arguments seraient encore à faire valoir et notamment la dissociation des réactions de fixation dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il est juste de reconnaître que les partisans de la réalité de la guérison de la syphilis pratiquent systématiquement la ponction lombaire, comme nous allons le voir. Mais une dissociation analogue peut exister entre le sang d'une part et l'urine d'autre part dans un nombre assez important de cas et cela surtout aux périodes tardives de la syphilis, alors que précisément se pose la question du mariage. Il est possible que de pareilles discordances existent aussi entre le sang et les diverses humeurs normales ou pathologiques ».

Quant à la réinfection syphilitique, « les réinfections syphilitiques constituent l'argument le plus impressionnant. Leur existence, même en écartant les faits de « superinfection », paraît aujourd'hui admise par presque tous les syphiligraphes. Certains faits, rares à la vérité, sont à l'abri de toute critique. Mais peut-on de ces faits exceptionnels tirer de grandes conséquences pratiques ? Nous ne le pensons pas. De ce que certains sujets, placés dans des circonstances déterminées, ont pu reprendre la syphilis, écrit M. Brocq, et par suite ont été guéris de leur première infection, on est en droit de conclure que tous les sujets placés dans des conditions

identiques, seront radicalement guéris? Logiquement, mathématiquement sans doute; mais pratiquement, médicalement, en aucune façon.... Est-on sûr (en effet) que les conditions de réceptivité du terrain soient les mêmes? Sait-on si le médicament agit de la même manière, avec la même puissance dans tous les cas? Malheureusement, les réponses à ces dernières questions ne sont pas douteuses, on ne saurait inférer à ces points de vue de ce qui se passe chez un sujet à ce qui se passe chez d'autres sujets, toutes les nuances sont possibles, et les nuances ont ici une importance de premier ordre ».

Pour l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, « l'intégrité constatée du liquide céphalo-rachidien est sans doute un argument de grande valeur au point de vue de l'intégrité du système nerveux. La ponction lombaire est un excellent moyen d'exploration *locale*. Il est à peine besoin de dire qu'elle n'a aucune valeur pour juger de l'ensemble de l'infection, que jointe aux divers critères nous venons d'examiner ».

La commission s'efforce donc de prouver que sans nier la guérison de la syphilis, il est possible de l'obtenir, mais qu'il n'existe actuellement aucun moyen scientifique pour prouver cette guérison. Mais avec les méthodes de laboratoire, on peut aborder le problème avec plus de « données » que n'en fournissent les règles de Fournier.

Voyons maintenant quelles sont les conditions actuelles générales qui autorisent le médecin à permettre le mariage à son candidat.

Tout d'abord, que le candidat n'ait présenté pendant

au moins un an de lésions contagieuses, et cela en l'absence de tout traitement. Qu'il ait suivi un traitement régulier, que nous préciserons plus loin. Mais s'il présente un signe clinique de lésions du système nerveux, il doit être écarté du mariage. S'il présente des signes de lésions viscérales, il doit attendre une guérison complète et persistante qui peut venir à la suite d'un traitement régulier.

Au sujet des conditions biologiques, le rapport de Clément Simon : « Il faut que la séro-réaction soit négative dans le sang et dans les urines pendant un an et cela sans traitement. Pour cette épreuve, en ce qui concerne le sang, on doit employer de préférence les réactions au sérum non chauffé qui sont plus sensibles et qui, à condition que le diagnostic soit antérieurement bien posé, permettent de suivre avec plus de rigueur les traces de l'infection.

Il est désirable que la ponction lombaire soit pratiquée chez tout candidat au mariage. Doit-elle être exigée ? Sur ce point les avis sont partagés, les uns l'exigent ; d'autres trouvent qu'on ne saurait l'imposer, à moins cependant que le sujet ait présenté des signes de lésions du système nerveux. Il est à craindre peut-être qu'en imposant la ponction lombaire on crée aux médecins de campagnes une obligation qu'il leur sera impossible de remplir pour beaucoup de raisons.

Toutes les fois que ce sera possible on fera donc un examen du liquide céphalo-rachidien qui devra se montrer normal, séro-réaction négative, absence de leucocytose, taux normal de l'albumine et notamment de la globuline.

La récente publication de M. Ravaut, à qui personne ne peut refuser la compétence en pareille matière, ne laisse pas de jeter quelque difficulté dans la question du mariage des syphilitiques. M. Ravaut conclut en effet à l'étude de mille cas, que les réactions méningées de la période secondaire n'ont qu'une faible importance, ne traduisant qu'une localisation passagère superficielle et presque constante de la septicémie sur le système nerveux sans créer pour l'avenir une prédisposition au tabès ou à la paralysie générale. Au contraire, les réactions méningées qui se produisent plus tard, au cours de la quatrième année notamment, ont une toute autre signification : elles traduisent une atteinte du système nerveux. Il serait par conséquent inutile, pratiquement, de faire une ponction lombaire avant la quatrième année.

On aperçoit les conséquences de cette opinion pour la question qui nous occupe, elles arriveront à retarder systématiquement le mariage jusqu'à la quatrième ou cinquième année. On a pensé cependant que l'on pouvait considérer le risque comme minime et ne pas atteindre une échéance aussi lointaine chez les malades ayant pleinement réalisé les exigences thérapeutiques dont nous allons parler. »

Voici donc les solutions que l'on peut admettre pour certains cas particuliers :

« Le malade est vu et traité dès la période primaire avant l'apparition des réactions sérologiques et par conséquent des symptômes secondaires. C'est la circonstance la plus favorable. Elle la sera d'autant plus que le traitement suivra de près l'apparition du chancre, surtout dans les dix premiers jours. »

Pour Cl. Simon le traitement est le suivant : Une série arsenicale à doses croissantes en commençant par une dose faible (dose d'épreuve) pour atteindre 4 gr. 50 pour les novarsenabenzols, cette série dure environ 2 mois, on laisse 1 mois de repos puis on pratique une séro-réaction ; si négative, c'est un précieux encouragement, mais il faudra tout de même continuer une deuxième série arsenicale dans des conditions identiques à la première. Nouveau repos d'un mois, nouvelle séro-réaction généralement négative. Puis on institue un traitement mercuriel par les sels insolubles : huit injections. Puis après un mois de repos, une deuxième série identique. Un mois après la dernière injection, on pratique une prise de sang, et si possible une ponction lombaire.

Ce traitement avec les intervalles de repos aura duré dix à douze mois, suivant la tolérance du malade ; à partir de ce moment on peut cesser tout traitement et mettre le malade en observation clinique et biologique.

On continue à pratiquer à des intervalles réguliers de mois en mois ou peut-être de deux mois en deux mois, une séro-réaction du sang ; si elle se maintient négative pendant un an, on tente la réaction de Millian. Si cette réactivation est négative, on fait en dernière analyse une seconde ponction lombaire, celle-ci indispensable, et une séro-réaction des urines.

Lorsque tout ces « barrages » successifs (séro-réaction, ponction lombaire, réactivation, urino-réaction) sont franchis avec succès, la commission pense qu'on peut autoriser le candidat à se marier ; le traitement aura duré un an, la surveillance du malade une autre

année, si bien qu'on peut dire qu'un syphilitique énergiquement et méthodiquement soigné et suivi dès la période du chancre, peut se marier au bout de deux ans, dont un consacré au traitement et l'autre à la surveillance biologique.

Le malade est vu et traité après l'apparition des réactions sérologiques ou même après l'apparition des symptômes secondaires. Dans ces cas, il semble prudent de ne pas interrompre le traitement au bout d'un an, même si les barrages successifs sont franchis. D'ailleurs il est rare, surtout quand le traitement est commencé en pleine éruption secondaire, d'obtenir aussi facilement des réactions négatives. Aussi paraît-il prudent de continuer le traitement pendant deux ans avec contrôle sérologique, dont le résultat indiquera la nature du médicament : arsenic en cas de réaction positive même faiblement, mercure si la réaction est négative. Il va sans dire que l'examen clinique ne doit jamais être négligé et que le plus petit accident commande immédiatement l'intervention thérapeutique.

Au bout de deux ans de traitement on peut, si la séro-réaction, l'urino-réaction, la réactivation sont négatives, si la ponction lombaire est normale, commencer la période de surveillance qui ne paraît pas devoir être inférieure à deux ans. Pendant cette période, on pratiquera régulièrement la séro et l'urino-réaction et, à la fin de chaque année, une réactivation. Quant à la ponction lombaire, on la pratiquera si possible au bout de la troisième et obligatoirement à la quatrième. Si les résultats de ces différentes épreuves sont constamment satisfaisants, le mariage nous semble pouvoir

être permis. Il se sera écoulé quatre ans depuis le début de l'infection.

La séro-réaction irréductible dans le sang avec ponction lombaire normale. Il arrive exceptionnellement, il est vrai, que la séro-réaction dans les cas précédemment envisagés reste, soit entièrement, soit partiellement positive. Que faire ? Doit-on continuer indéfiniment le traitement et attendre une négativité aléatoire avant de permettre le mariage ? Nous pensons que ces malades doivent être soignés pendant quatre ou cinq ans, activement, en variant les médicaments ou en les combinant. Si au bout de ce délai la séro-réaction reste positive, on peut autoriser le mariage à deux conditions : que la ponction lombaire soit normale et qu'il s'agisse d'un homme.

Tous les syphiligraphes connaissent en effet des familles où il y a des enfants sains et vigoureux dans lesquelles la femme est indemne et où le mari ancien syphilitique a gardé un Wassermann positif. On peut penser que dans ce cas supposé, il est nécessaire d'avertir la fiancée, de faire suivre au mari une ou deux cures par an et de traiter la femme si elle devient enceinte.

Mais la permission doit être différée deux ans encore pour une femme syphilitique qui présente une séro-réaction irréductible. Il ne faudra jamais négliger de lui faire suivre un traitement à chacune de ses grossesses.

Malgré les traitements précédemment indiqués, la séro-réaction restant positive ou négative, la ponction lombaire indique une réaction méningée. Dans ces cas il faut

interdire le mariage non pas tant au point de vue de la contagion ou de l'hérédité qu'au point de vue des risques de maladie (tabes, paralysie générale) et de mort qu'encourrait le candidat au mariage.

Mais si, à la suite de plusieurs traitements, les réactions méningées disparaissent, il n'en reste pas moins démontré que le système nerveux du candidat est sujet à caution. Avant de l'autoriser à se marier, il faudra lui imposer un stage de surveillance de deux ans avec ponction lombaire répétée et satisfaisante.

Le malade, outre la réaction méningée révélée par la ponction lombaire, présente des symptômes nerveux. Abolition des réflexes, achilléens, patellaires, signes d'Argyll, douleurs fulgurantes..... Il faut dans ce cas s'opposer absolument au mariage.

Le candidat syphilitique ancien ne peut donner que des renseignements vagues sur le traitement suivi. C'est le cas le plus difficile et malheureusement peut-être le plus fréquent.

1) *Si le candidat présente une tare définitive* quelconque tenant à la syphilis et notamment des signes de lésions du système nerveux, il faut interdire le mariage.

2) *Il présente simplement une séro-réaction positive* sans aucun signe clinique, il faut différer le mariage et instituer un traitement d'un an du type de celui que nous avons indiqué. Si la séro-réaction devient négative on institue une période de surveillance d'une année. Si les barrages sont alors franchis, heureusement, le mariage paraît possible. Si au contraire la séro-réaction reste positive, il faut continuer le traitement plus longtemps : deux ou trois ans. Si malgré tout la séro-

réaction reste positive le mariage nous paraît devoir être autorisé, à condition qu'il n'y ait pas de tares organiques, qu'il n'y ait pas eu d'accidents contagieux pendant toute la période de surveillance. Ces conditions doivent être renforcées s'il s'agit d'une femme.

3) *Le syphilitique ancien présente une séro-réaction négative, mais une réaction méningée positive.* Dans ces cas il faut instituer un traitement longtemps prolongé comme c'est indiqué plus haut.

4) *Le syphilitique ancien présente une séro-réaction, une urino-réaction négatives et sa ponction lombaire est normale.* Il paraît logique de pratiquer une réactivation. Si celle-ci est positive, on institue un traitement d'un an, suivi d'une période égale d'observation.

Si la réaction reste négative, le mariage peut être autorisé, à condition qu'il n'y ait pas eu d'accidents contagieux depuis au moins deux ans et que bien entendu l'examen clinique soit parfaitement normal ».

On le voit, la question du mariage des syphilitiques ne peut être encore résolue d'une manière tout à fait satisfaisante. Elle se base entièrement sur des lois biologiques et, comme toutes les lois biologiques, il est impossible d'en faire une règle fixe. On ne peut, d'après ce que l'on vient de lire, instituer un « code » réglant méthodiquement les principes permettant à un syphilitique de se marier ou d'attendre. Il ne faut pas non plus être trop sévère, comme Landouzy, sans quoi, les résultats que l'on cherche seraient d'un effet tout contraire. Si nous sommes trop sévères, les syphilitiques se passeront de nous et de notre permission, et alors la contamination se fera sur une très grande échelle. Il

faut que le médecin soit très large à ce sujet; à notre avis, sans affirmer une guérison radicale de la syphilis, nous pouvons penser que comme toutes les maladies elle peut guérir spontanément; qu'un traitement actif et bien conduit peut amener un blanchiement très suffisant pour empêcher la contagion et la dissémination du germe sur la descendance.

On peut donc autoriser à la fin de la deuxième année le mariage des syphilitiques hommes, à condition que ceux-ci aient suivi dès le début de la maladie, c'est-à-dire dès les premiers jours du chancre, un traitement régulier, et comme deuxième condition, que les réactions sérologiques, et non pas une réaction sérologique, soient négatives.

Mais pourquoi s'abstenir, comme Clément Simon, de toute médication au cours de la deuxième année? Cela nous paraît inutile, voire même dangereux. Nous pouvons fort bien, tout en observant le malade au point de vue sérologie, continuer à le traiter.

Les réactions sérologiques seront pratiquées d'une façon sûre; « un Wassermann, dit M. Ravaut, ne vaut que par sa signature ». Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont quelques fois difficilement admises par le praticien ou par le client. A l'heure actuelle beaucoup de praticiens s'effraient à l'idée de pratiquer une ponction lombaire à leurs malades, que ceux-ci n'acceptent pas toujours d'une façon délibérée. Il ne faut pas pousser cette question outre mesure; si la ponction lombaire peut être faite, tant mieux, nous n'aurons que plus de garanties; si elle ne peut être faite, que le praticien alors examine d'une façon toute

spéciale et cliniquement le système nerveux de son malade. Cet examen pourra l'éclairer d'une façon très particulière. Il faut avant tout faire du traitement préventif de l'hérédité syphilitique une question toute pratique qui ne soit pas exclusivement le domaine de quelques médecins spécialisés.

Pour les syphilitiques femmes, nous serons un peu plus sévères à cause du rôle important de l'organisme maternel dans la transmission de la syphilis. Six mois avant le mariage, nous exigerons un traitement, de même que pendant les gestations, traitement dont nous allons indiquer plus loin les modalités.

« Préparons le terrain des semailles ».

Le Traitement prophylactique thérapeutique

C'est-à-dire le traitement à instituer chez les géniteurs sur le fœtus *in utero* et, après la délivrance, sur le nouveau-né et le nourisson. Le traitement du fœtus dans le sein de la mère sera réalisé par le traitement de la femme enceinte.

Autrefois le mercure et l'iodure, bien que leur efficacité soit très grande, n'empêchaient pas les possibilités de contagion de persister pendant plusieurs années. Avant la découverte du pouvoir anti-syphilitique puissant de nombres de composés arsenicaux et de la sérologie, les méthodes de traitement de la syphilis étaient bien souvent insuffisantes. Si les choses se passaient parfois comme si la guérison était obtenue, dans le plus grand nombre des cas, la médication bridait simplement la maladie en attendant que le temps atténue la

virulence de l'infection, ce qui demandait des années de traitement et une attente durant laquelle les malades restaient contagieux pendant des mois, des années parfois.

Après diverses vicissitudes, l'arsénothérapie a acquis une place prépondérante : elle constitue le traitement de base de la syphilis. De l'injection intra-veineuse ou de la sous-cutanée, quelle est la voie à employer ? Toutes les fois qu'il sera possible de le faire, la voie intra-veineuse sera de beaucoup la plus sûre, la plus efficace et celle qui donnera le moins de mécomptes.

Le géniteur mâle devra suivre le traitement général de la syphilis, que tous les ouvrages et publications ont indiqué de nombreuses fois ; nous ne nous y attacherons pas. Seulement chez le père nous ferons un traitement avant la procréation, selon l'adage de Pinard : « S'il a l'intention de sagement et sainement procréer, il fera la cure de l'hérédité ».

Le Traitement chez la femme enceinte

Le traitement chez la femme enceinte a une très grande importance à cause du rôle prépondérant de l'organisme maternel dans la transmission de la maladie. Ainsi que le dit Rostenberg, les réveils de la virulence du tréponème, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, sont d'observation courante. Il n'est pas en effet exceptionnel de voir une femme syphilitique, mariée à un homme sain, donner naissance à des enfants syphilitiques.

Le traitement, pour être efficace, doit être com-

mencé tout au début de la gestation, mais il est une prophylaxie plus immédiate, celle qui doit intervenir avant toute conception. « Préparons le temps des semailles » (Fieux).

Longtemps, les médecins ont hésité sur le traitement à faire suivre pendant la grossesse et sur le médicament à employer.

La qualité, demandée à un médicament, était une toxicité peu élevée, qui ne déborde pas l'activité antitoxique du foie et excrétrice du rein; fonction de ces deux organes, surchargée du fait même de la grossesse.

LE TRAITEMENT MERCURIEL

Employé par les anciens auteurs, leur avait donné d'excellents résultats. Son action paraît moins active que celle des arsenobenzènes, surtout pour une stérilisation rapide de la maladie. Poursuivi régulièrement, pendant longtemps, le mercure se montre un bon traitement de fond, mais par contre il est incapable de faire disparaître rapidement les accidents et d'assurer dans le seul délai d'une grossesse la possibilité de mettre à terme un enfant vivant. La statistique de Sauvage au Congrès d'obstétrique de Paris en 1912 : sur 217 femmes traitées pendant leur grossesse par le traitement mercuriel seul, on trouve : 61 0/0 des femmes présentant des lésions syphilitiques au moment de l'accouchement et donnant 74 0/0 d'enfants mort-nés.

Chez des femmes sans accidents pendant la grossesse, et traitées irrégulièrement par le mercure, avant la fécondation, et pendant la grossesse, on trouve 33 0/0

d'avortements d'enfants macérés ou nés morts, et 66 % d'enfants vivants.

Chez des femmes traitées régulièrement avant la fécondation et pendant la grossesse, 88 % d'enfants vivants.

La femme gravide supporte moins bien le traitement mercuriel que la femme non gravide. Le mercure agissant électivement sur le rein, son action doit être particulièrement surveillée chez la femme enceinte. La stomatite fréquente contre-indique plutôt le traitement mercuriel, anémiant et décalcifiant, qui nécessite une attention spéciale de l'état des mâchoires.

LE TRAITEMENT ARSENICAL

L'arsenothérapie occupe dans la médication anti-syphilitique une place prépondérante et permet d'agir plus rapidement. Sauvage, sur :

91 grossesses traitées par les arsenobenzènes a eu 84 enfants vivants et 7 morts, dont 5 pendant la grossesse, et 2 accidentellement pendant le travail.

Dans une statistique plus récente, Harald Boas et Gammeltoft, un traitement mercuriel pendant la grossesse donna 31 enfants sains sur 111, tandis que le traitement arsenical en donna 60 sur 79.

En 1923, Bodin apportait à la séance de janvier de la réunion dermatologique de Strasbourg ses résultats :

« J'ai traité 28 femmes syphilitiques pendant la grossesse, exclusivement par le novarsenobenzol, procédant chez elles comme s'il s'agissait de personnes ordinaires. Les résultats ont été les suivants : au total,

28 femmes traitées donnent 26 enfants à terme, sains au moment de la naissance et dans les jours suivant l'accouchement, soit une mortalité infantile de 7,01 %.

Si nous entrons dans le détail, ces femmes peuvent être rangées en deux catégories :

Celles qui ont présenté des accidents syphilitiques au début, ou dans les premiers mois de la gestation, au nombre de 20 :

Chancres pour 4 d'entre elles.

Syphilides secondaires pour 14.

Gommes pour les 2 dernières.

Ici j'ai eu 18 enfants vivants sains à terme et deux avortements chez 2 malades venues consulter seulement au cinquième et sixième mois de la grossesse en pleine syphilis secondaire floride, soit 10 % de mortalité fœtale.

A la deuxième classe, appartiennent les personnes syphilitiques depuis un temps plus ou moins long et sans accident au moment de la grossesse.

8 observations dans lesquelles la syphilis remontait à :

1 an dans un cas.

3 ans dans deux autres.

5 ans dans un autre.

A une date indéterminée pour les trois dernières.

Chez trois de ces femmes, plusieurs grossesses antérieures avaient abouti à des avortements avec fœtus macérés.

Dans cette catégorie, les résultats ont été particulièrement remarquables : 8 femmes traitées, 8 enfants sains et à terme, soit 100 % de succès.

Je ferai remarquer que la plupart de ces enfants ont

été suivis pendant un temp assez long, notamment 3 d'entre eux âgés aujourd'hui de 2, 4 et 7 ans, et chez lesquels je n'ai noté aucun stigmat d'hérédo-syphilis ».

Ces chiffres sont trop éloquents pour qu'il soit utile d'insister.

« La supériorité, dit Pautrier, des arsenicaux organiques sur le mercure seul est donc indiscutable, et tout médecin qui négligerait de les employer dans le traitement de la syphilis d'une femme enceinte encourrait une grosse responsabilité, à moins de contre-indications formelles ».

Celles-ci sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

L'arsenic est bien supporté par le rein, il a un avantage, il se trouve normalement dans l'organisme. Sa présence démontrée par Armand Gauthier semble nécessaire à l'activité fonctionnelle des glandes, surtout du corps thyroïde. Or, il est des rapports étroits entre l'évolution normale de la grossesse et le bon fonctionnement de l'appareil glandulaire.

La femme enceinte supporte mieux du fait de sa grossesse le traitement arsenical, de même que le cobaye en état de gestation supporte des doses arsenicales plus élevées que les cobayes de même poids et non gravides (M. Pinard).

De plus, l'empirisme a démontré depuis longtemps la valeur tonique de ce médicament.

Expérimentalement, des doses thérapeutiques de novarsenobenazol sont moins toxiques que celles de bichlorure de mercure. Mais en pratique, les accidents graves dus au mercure sont moins nombreux que ceux

des arsenobenzènes. De ce fait, certains auteurs avaient montré qu'ils pouvaient peut-être exercer une action nuisible sur la grossesse ou même l'interrompre. C'est là l'opinion de Gougerot, qui soutient que par la crise nitritoïde et les phénomènes de choc qu'ils peuvent provoquer, les arsenobenzènes injectés par voie intra-veineuse peuvent provoquer l'avortement. Aussi préconise-t-il l'injection intra-musculaire ou sous-cutanée.

La grande majorité des syphiligraphes n'a rien constaté de semblable, nous n'avons jamais vu un cas de ce genre au dispensaire annexé à la Maternité de Nancy. Il est utile d'observer certaines règles : surveiller la malade, la mettre à jeun trois heures avant et trois heures après l'injection. Ne lui donner le jour de l'injection que du lait ou des choses légères. Prendre la température après la piqure, observer s'il y a des maux : céphalées, vomissements... et dans ce cas, quelques minutes avant, pratiquer une injection sous-cutanée de un centicube de la solution d'adrénaline au millième.

Si l'on se trouve en présence d'une femme enceinte, atteinte de syphilis antérieurement avant la conception et ne présentant pas d'accidents, mais avec une réaction de Bordet-Wassermann positive, la traiter énergiquement.

Si c'est une femme enceinte présentant une syphilis récente et en activité, soit antérieure ou de même date que la conception, soit contractée au cours de la grossesse, le temps est précieux, il faut tout de suite instituer un traitement qui durera jusqu'à la délivrance ; un traitement qui avec le minimum de temps donnera

un rendement maximun, ce sont les arsenobenzènes que nous emploierons, on fera au moins trois séries.

1^{re} série, novarsenobenzol par exemple :

0,15-0,30-0,45-0,60-0,75-0,75-0,75-0,90.

Trois semaines de repos. Les trois premières injections : entre la première et la deuxième, un jour de repos ; entre la deuxième et la troisième, trois jours, puis une chaque semaine.

2^e série :

0,30-0,45-0,60-0,75-0,75-0,75-0,90.

Trois semaines de repos.

3^e série :

0,30-0,45-0,60-0,75-0,75-0,75-0,90.

Là où le traitement arsenical échoue, il peut être remplacé par le bismuth qui, médicament tout nouveau, a rapidement conquis la seconde place. Il se montre bien un peu inférieur aux arsenobenzènes, mais, par contre, réellement supérieur au mercure.

Il ne faut pas oublier que le bismuth est un médicament très anémiant et décalcifiant et, comme le mercure, agit fortement sur le rein.

Quelques auteurs ont préconisé un traitement mixte, association de plusieurs médicaments, pour juguler plus rapidement le mal.

Doit-on traiter la femme saine mariée à un syphilitique traité ?

Il est de tradition de soigner toute femme qui conçoit d'un homme syphilitique. Cependant certains auteurs, en particulier Carle et Bodin, trouvent que c'est inutile.

Voici ce que dit M. Carle : « Convaincu depuis bien longtemps que la syphilis conceptionnelle n'existe pas, j'ai mis ma pratique en accord avec mes idées et n'ai *jamais* traité une femme enceinte du fait d'un syphilitique lorsque l'examen de cette femme m'avait permis de conclure à son intégrité. Je n'ai jamais eu à regretter cette abstention, dont j'ai publié les résultats depuis 1908 dans plusieurs articles des *Annales de Dermatologie*. Pour moi, enceinte ou non, une femme est syphilitique ou ne l'est pas. Si elle l'est, il faut la la traiter, et non par de vagues pilules ou sirops, comme on le fait couramment, mais par des traitements intensifs et réguliers. Si elle ne l'est pas, il faut la laisser absolument tranquille, car il n'y a rien à craindre pour sa descendance ».

M. Bodin : « Faut-il traiter la femme d'un mari qui a eu la syphilis quand elle-même est indemne au point de vue clinique et sérologique ? Mon opinion personnelle, basée sur une expérience de 26 ans, est la suivante : la syphilis paternelle joue un rôle minime dans la syphilis héréditaire ; si le père seul est syphilitique, sa femme non contaminée, l'enfant naîtra sain. Je me suis toujours abstenu de traitement dans ce cas. »

Mais d'autres auteurs prétendent qu'au contraire, il

faut traiter la femme non syphilitique, mais qui a conçu d'un syphilitique traité. C'est plus prudent, le traitement ne nuit ni à la grossesse, ni à la femme. « Entre théorie et principe, dit M. Thibierge, on peut risquer de se tromper et croire à tort à l'intégrité d'une femme ».

A cet égard l'opinion de M. Hugel est formelle : « Je suis d'avis que dans chaque cas de grossesse dans laquelle il s'agit d'un père qui a eu la syphilis, il est toujours prudent de remettre la mère au traitement anti-syphilitique, même quand la syphilis du père est d'ancienne date et apparemment depuis longtemps guérie. Je citerai le cas que j'ai observé il y a une vingtaine d'années. Le père avait contracté une syphilis quinze ans avant son mariage et avait été soignée par A. Fournier. Marié avec l'assentiment de Fournier, sa femme fit coup sur coup trois fausses couches. Pendant les trois grossesses qui suivirent, la mère fut chaque fois soumise à un traitement anti-syphilitique énergique, ce qui lui permit d'accoucher chaque fois d'un enfant sain et bien portant. Ces enfants sont aujourd'hui de jeunes hommes robustes ne présentant aucune tare syphilitique et occupent tous trois de belles situations ».

M. Texier, rapporteur au IV^e Congrès de Piédatrie, septembre 1924, estime, lui aussi, qu'il est prudent de traiter la femme.

C'est aussi notre avis et nous n'hésiterions pas en pareil cas à instituer un traitement énergique et soutenu pendant la gestation.

Le traitement chez l'enfant

La prophylaxie de la syphilis congénitale par le traitement des parents avant la procréation, et de la mère durant la gestation, permet la mise au monde d'enfants vivants présentant parfois des signes d'atteinte de la maladie, mais le plus souvent d'apparence normale. Le traitement s'impose chez le nouveau-né présentant des signes cliniques de syphilis, soit parce que le traitement n'a pas été pratiqué, soit parce qu'il était insuffisant ou inopérant. Nous avons vu les tristes effets de la syphilis sur l'enfant.

Souvent encore la syphilis n'est pas éteinte chez la mère, malgré le traitement, et l'enfant naît avec l'apparence d'une bonne santé. Cet enfant est-il hérédo-syphilitique latent, ou bien le traitement impuissant à guérir la mère a-t-il protégé le fœtus ?

Une réaction humorale pratiquée chez le nourrisson peut être positive ; l'infection, alors, est passée de la mère à l'enfant. d'où nécessité d'une action thérapeutique immédiate. Ne pas craindre l'action soi-disant nuisible des médicaments sur l'organisme fragile du nourrisson ; des accidents, susceptibles d'éclater, causent de lentes et profondes modifications des humeurs.

Si la réaction est négative, cela ne prouve pas que l'enfant soit sain, il faut craindre les manifestations héréditaires tardives qui sont du domaine de la pathologie de l'enfant ou même de l'adulte.

Ces manifestations commandent un traitement de prudence. Quel traitement emploierons-nous donc chez le nourrisson ?

LE TRAITEMENT MERCURIEL

A l'heure actuelle deux modes d'administration du mercure au nourrisson retiennent l'attention des praticiens : les frictions et la voie digestive.

Peu pratiques chez les adultes, les trictions mercurielles sont commodes chez le nourrisson, leur emploi n'entraîne aucun découragement. Elles sont faites à l'occasion des soins de propreté donnés à l'enfant.

L'administration du mercure « per os » calomel, lactate neutre de mercure, bi-iodure sous forme de sirop de Gibert, liqueur de Van Swieten, est tout à fait appropriée, s'il n'y a pas de troubles digestifs. Dans le cas contraire, l'emploi de suppositoires mercuriels est tout à fait indiqué.

LE TRAITEMENT ARSENICAL

On avait essayé le traitement arsenical par des injections intra-musculaires d'arsenobenzol qui provoquaient des réactions locales très violentes, allant jusqu'à la nécrose. L'emploi de l'arsenic ne se généralisa pas.

Il en fut de même de l'administration de ce médicament en lavement. Quant au traitement indirect de l'enfant par le lait de la mère traitée par l'arsenic, c'est un traitement insuffisant, mais qui ne doit pas faire oublier que le lait de la mère traitée ne peut être que favorable à l'enfant.

L'emploi de suppositoires à l'arseno-benzène donna de fort bons résultats.

Les injections de novarsenobenzol dans les veines

jugulaires et épicraniennes du nourisson, préconisées par Blechmann, ont donné de beaux résultats thérapeutiques à ceux qui les ont employés, mais beaucoup de médecins, trouvant la méthode délicate et hardie, hésitèrent à le faire. C'est l'apparition de l'injection sous-cutanée d'arsenicaux organiques qui fit accepter le traitement arsenical, prophylactique de l'hérédosyphilis.

Nous empruntons à Marcel Pinard le traitement du nourisson :

Pour un nouveau-né de 3 kg. 200, nous adopterons la progression suivante : Sulfarsenol : 0,005-0,010-0,015-0,02-0,03-0,04-0,05-0,06-0,06-0,06.

La première série de dix injections se termine lorsque l'enfant est âgé d'un mois, il pèse environ 4 kg., les trois dernières piqûres sont de 0,06 centigrammes, soit 1,5 centigramme par kilo. Les trois premières injections sont assez rapprochées et faites en une semaine, les suivantes sont pratiquées tous les quatre à cinq jours.

Vingt et un jours d'arrêt.

2^e série : 0,015-0,02-0,03-0,04-0,05-0,06-0,07-0,08-0,08-0,08.

Les injections sont faites tous les cinq jours environ, la série se termine au troisième mois, l'enfant pèse 5 kg. 350.

Vingt et un jours d'arrêt.

3^e série : 0,02-0,03-0,04-0,05-0,06-0,07-0,08-0,09-0,10-0,10.

La série se termine au cinquième mois, l'enfant pèse environ 6 kg. 500.

Vingt et un jours d'arrêt.

4^e série : 0,03-0,04-0,05-0,06-0,07-0,08-0,09-0,10-0,12-0,12.

La série se termine aux environs du huitième mois, l'enfant approchant de 8 kg.

On fait avant chaque série une prise de sang, c'est un guide, quand elle est primitivement positive. Lorsque l'enfant n'aura plus de signes cliniques, ni sérologiques, on pourra cesser tout traitement et observer.

Il est, croyons-nous, aussi préférable d'employer chez l'enfant un traitement mixte, car un seul médicament ne nous amène pas sûrement à une stérilisation certaine. Avec l'arsenic, on peut se servir du mercure : frictions et ingestions.

Surveillance des procréateurs et des enfants

Le grand rôle social prophylactique du médecin est de veiller sur la santé du père, de la mère et de l'enfant, tant dans la clientèle civile, que dans la clientèle hospitalière.

Nous n'insisterons pas sur la surveillance médicale du père, la question du mariage ayant été réglée, le traitement indiqué et poursuivi, il se bornera à conseiller à son malade la « cure de l'hérédité ».

Mais il aura à intervenir aussi chez la femme, surtout chez la femme enceinte, il devra la suivre

pendant toute la grossesse et l'obliger d'autant plus à un traitement régulier, que les gestations précédentes auront été malheureuses ; car l'avenir de la grossesse et la vitalité future du fœtus en dépendent, ce qu'il s'attachera à faire bien comprendre à sa cliente, et arrivera avec prudence et par des phases successives à lui dire, sur son état, toute la vérité. De cette façon il évitera la boutade connue : « Docteur, depuis le temps que vous prescrivez de l'hydrargyre, vous pourriez me donner du mercure ».

En résumé, la conscience professionnelle et l'ambition de la future mère d'avoir de beaux enfants, conjugués ensemble, triompheront de toutes les difficultés.

Quant à la surveillance médicale de l'enfant, elle sera aussi rigoureuse que celle des géniteurs, le médecin recherchera toutes manifestations plus ou moins tardives et par un traitement circonstanciel interviendra de la façon la meilleure et la plus efficace.

Dans la clientèle hospitalière, le rôle du médecin, tout en paraissant simplifié, n'en est pas moins difficile ; nous avons pu constater au dispensaire de l'hôpital A. Fournier, à Nancy, dirigé par M. le Professeur Spillmann, que sous son impulsion tout a été mis en œuvre pour que les traitements et les réactions sérologiques soient coordonnés rationnellement et méthodiquement. Grâce à lui de grandes facilités sont réservées aux malades, tous les jours, même le dimanche de 10 à 12 heures et trois fois par semaine, le soir les mardis, jeudis et samedis de 17 à 19 heures, le dispensaire est ouvert. Les malades peuvent donc suivre leur traitement aux heures qui leur conviennent le mieux, et avec le

moins de perte de temps pour leur travail. Pour les syphilitiques hommes ce dispensaire est un très grand moyen d'atténuation de contagion de la maladie.

Malgré toutes ces facilités si appréciables, les syphilitiques femmes, surtout les femmes enceintes, éprouvent une sorte de répugnance à aller se faire soigner dans le même local que celui des hommes ; la plupart, guidées à grand'peine, et conduites une première fois vers le traitement, l'abandonnent immédiatement, réalisant ainsi tout le contraire du résultat cherché. Un certain sentiment de pudeur les empêche d'avouer leur maladie et leur histoire obstétricale. C'est alors que M. le professeur Fruhinsholz créa à la Maternité de Nancy, annexée au service de la consultation, un dispensaire anti-syphilitique, sorte d'antenne du grand dispensaire, et dirigé par M. le professeur agrégé Watrin, où les femmes, se sentant plus à leur aise, viennent avec confiance se faire soigner. On les dirige facilement vers un traitement discret qu'elles admettent comme une chose tout à fait nécessaire à leur état de grossesse ; avec la mère, on soigne le père et l'enfant. Le succès sans cesse croissant de ce dispensaire a récompensé les efforts de ceux qui l'ont mis sur pied. Beaucoup de petits êtres leur doivent la vie et la santé.

Il est malheureusement regrettable que pour des raisons d'ordre pratique et peut-être pécunier, les réactions sérologiques ne puissent être faites systématiquement à toute femme venant consulter. Tout au moins, une prise de sang devrait être faite à toutes celles qui se présentent pour la première fois à la consultation. Traiter après est bien, mais dépister avant serait mieux.

Le contrôle sérologique joue son rôle et ce n'est pas le moindre. Dès qu'une syphilis est reconnue, il est de notre devoir de préserver l'espèce et la race.

Les enfants n'échappent pas à la surveillance, la consultations des nourissons permet de les suivre après leur sortie de la Maternité, mais à condition que les mères ne soient pas négligentes; certaines, qui ont été soigneusement traitées pendant leur grossesse, après l'accouchement abandonnent tout traitement et désertent complètement la maison qui leur été si secourable. Ni des mamans, ni des nourissons nous n'avons plus aucune nouvelle. C'est alors qu'interviendrait utilement un service de dames visiteuses qui, soucieuses uniquement de leur rôle social, iraient visiter ces femmes et ces enfants et, par de bons conseils et une douce persuasion, ramèneraient au médecin et au dispensaire les plus récalcitrantes et les plus éloignées.

A peu près à la même époque, le professeur Couve-laïre installait lui **aussi un** dispensaire à la clinique Baudelocque. Ils serait à souhaiter que dans toutes les maternités, il soit créé un centre de lutte anti-syphilitique pour combattre victorieusement cette infection.

Les quelques observations qui suivent, choisies parmi les plus typiques, vont venir corroborer tous les faits que nous avons indiqués.

OBSERVATION I

M^{me} C..., 27 ans, ménagère. Mariée le 17 mai 1919, devient enceinte au mois d'octobre de la même année.

En octobre 1918, a été malade pendant cinq semaines. Soi-

gnée à Paris pour grippe. Six semaines après, éruption généralisée de nature difficile à déterminer, coïncidant avec une chute de cheveux. La malade avait eu auparavant des accidents vulvaires. Aucun traitement n'avait été institué.

En juillet 1920, expulse un fœtus macéré de 2.100, avec placenta de 500 gr. Le Wassermann pratiqué à ce moment est positif.

En 1921, deuxième gestation. La femme a subi, pendant sa grossesse, un traitement anti-spécifique, par pilules au début, après traitement arsénical néo 0,15 et 0,30 à la deuxième injection, crise nitritoïde. On fait alors quinze injections de 2 cgr. de bi-iodure. Le mari n'a pas assisté au traitement spécifique. Accouchement sans douleur d'un enfant de 2.930 gr. avec un placenta de 450 gr.

L'enfant était vivant à la naissance, nous ne savons ce qu'il est devenu.

OBSERVATION II

Paulette H..., 21 ans, ouvrière en chaussures, célibataire.

Dans les antécédents héréditaires, on relève un père mort à 40 ans d'ascite, une mère bien portante, deux sœurs en bonne santé, un frère mort en bas âge.

A toujours été bien réglée et, à 19 ans, présente un chancre syphilitique sur les organes génitaux externes; un traitement antisiphilitique a été fait, novarsénobenzol et bi-iodure.

En 1919, première gestation, accouchement à la maternité, à terme et normal, sans incident ni dans la délivrance, ni dans les suites. Enfant de 2.780 gr. avec placenta de 440 gr. L'enfant a été nourri au sein un mois et est mort.

En 1920, deuxième gestation, procréateur différent, accouchement prématuré à sept mois, fœtus macéré. Le Wassermann est positif.

En 1921, troisième gestation, procréateur différent; un traitement anti-syphilitique est fait à ce moment, novarsénobenzol, accouchement prématuré à huit mois d'un enfant de 2.900 gr. avec placenta de 480 gr.

Ici le traitement a été fait d'une façon insuffisante après le troisième accouchement. Le Wassermann est encore positif.

OBSERVATION III

M^{me} C..., 32 ans, employée au chemin de fer; mariée en 1921.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, réglée à 14 ans régulièrement. A contracté la syphilis en 1914; chancre d'une grande lèvre traité à l'hôpital Maringer par des injections de bi-iodure et d'arsénobenzol. Pas d'autres accidents depuis.

En 1916, nouveau traitement à Maringer.

En 1921, première gestation; accouchement à la maternité, à terme, après une grossesse normale, fille de 3.600 gr., nourrie artificiellement, ne présentant pas de malformations. Puis brusquement l'enfant maigrit, cachexie progressive et mort à 3 mois à l'hôpital civil.

Depuis, la mère se fait régulièrement traiter au dispensaire de la maternité.

En 1924, accouchement normal, à terme, gros œuf; garçon de 4.000 gr. avec placenta de 770 gr.

Durant son passage à la maternité la courbe de poids s'est accrue régulièrement. Actuellement l'enfant est bien portant.

OBSERVATION IV

R... Fernande. Syphilis ancienne, n'a jamais été traitée. Actuellement (1924), âgée de 34 ans.

Première gestation en 1909; fille, fœtus macéré de 6 mois et demi.

Deuxième gestation en 1910; fille, fœtus macéré de 6 mois et demi.

Troisième gestation en 1911; accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un garçon qui meurt au bout de trois heures.

Quatrième gestation en 1912; accouchement à terme; fille qui meurt à 3 mois 1/2 de méningite.

Cinquième gestation en 1914; accouchement prématuré à 8 mois 1/2 d'un garçon qui meurt au vingtième jour.

Sixième gestation en 1916; accouchement à terme d'un garçon bien portant actuellement vivant.

Septième gestation en 1918; accouchement prématuré à 7 mois d'un garçon, mort à 11 mois de convulsions.

Huitième gestation en 1919; accouchement prématuré au huitième mois; fille, morte à 9 jours.

Neuvième gestation en 1921; accouchement à terme, à la maternité, d'un garçon qui meurt à 7 mois de convulsions.

Dixième gestation en 1922; accouchement à terme, à la maternité, d'un garçon qui meurt à 7 mois 1/2 de bronchite.

Onzième gestation; la femme se présente à la consultation de la maternité pour la première fois le 16 janvier 1924; elle est enceinte d'environ 4 mois 1/2. Une réaction de Wassermann, pratiquée à ce moment, est positive. La mère est mise immédiatement au traitement arsenical.

La grossesse a évolué normalement et il nous a été impossible de savoir ce qu'elle était devenue.

OBSERVATION V

V... Rose, 29 ans, femme de ménage, mariée; rien de spécial dans les antécédents.

Première gestation en 1910; accouchement à terme; fille élevée au biberon, morte à 3 mois de méningite.

Deuxième gestation en 1911; avortement de deux mois.

Troisième gestation en 1912; accouchement à terme d'un garçon, mort à 15 jours, de convulsions.

Quatrième gestation en 1913; avortement de trois mois.

Cinquième gestation en 1914; accouchement prématuré à 7 mois d'un fœtus macéré.

Sixième gestation en 1915; accouchement à terme d'un garçon, mort à un mois de convulsions.

Septième gestation en 1921; accouchement à terme d'un garçon, élevé au biberon; actuellement bien portant.

Huitième gestation en 1924; accouchement à terme d'un enfant vivant, garçon, de 3.900 gr., avec un placenta de 600 gr.

Le Wassermann, pratiqué après l'accouchement, est positif.

OBSERVATION VI

M^{me} S..., brodeuse.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux; a été réglée à 12 ans régulièrement; règles durant cinq jours, non douloureuses.

Première gestation en 1906; accouchement à terme d'une fille, nourrie au sein dix-huit mois, actuellement bien portante.

Deuxième gestation en 1908; accouchement à terme, fille nourrie artificiellement, morte à 3 mois de convulsions.

Troisième gestation en 1909; accouchement à terme; fille morte à 6 mois de gastro-entérite.

Quatrième gestation en 1910; accouchement prématuré à 6 mois 1/2; garçon qui a vécu quatre heures.

Cinquième gestation en 1911; accouchement à terme; garçon actuellement bien portant.

Sixième gestation en 1912; accouchement à terme; fille nourrie au sein, morte à 13 mois de convulsions.

Septième gestation en 1924; avortement de quatre mois.

Huitième gestation en 1924; accouchement à terme; fille de 2.200 gr. avec placenta de 600 gr., bien portante.

Le Wassermann après l'accouchement est négatif.

OBSERVATION VII

M^{me} B...

Présente des stigmates très évidents d'hérédo-syphilis. A marché à 17 ans et a été atteinte probablement de paralysie infantile.

Première gestation: accouchement à terme; fille nourrie au sein, morte à 3 mois 1/2 d'entérite au moment du sevrage.

Deuxième gestation: accouchement à terme; fille qui n'a plus remué deux jours avant l'accouchement; les battements fœtaux n'étaient plus perçus.

Troisième gestation: accouchement à terme; garçon mort à 4 mois 1/2, vraisemblablement de pemphigus.

Quatrième gestation: accouchement à terme; fille nourrie au sein puis à l'allaitement mixte; morte à 9 mois de pemphigus.

Cinquième gestation: accouchement à terme le 31 janvier 1925; fille nourrie au sein; en bonne santé.

N'a été seulement traitée que pour la cinquième grossesse. Le traitement a été commencé à l'hôpital Fournier, terminé à la maternité.

Fin janvier, le Wassermann était négatif; en mai 1925, le Wassermann est de nouveau positif. La femme continue son traitement.

Toutes ces observations ont été prises au dispensaire anti-vénérien de la Maternité de Nancy.

En voici d'autres que nous devons à l'obligeance de

M. le professeur Spillmann. « Elles sont de nature à convaincre ceux qui ne veulent pas croire aux dangers de la syphilis ».

OBSERVATION I

Femme 57 ans; syphilis méconnue.

1^{re} gestation, avortement à 4 mois; 2^e gest., avortement à 5 moi; 3^e gest., enfant mort à 6 mois; 4^e gest., enfant vivant; 5^e gest., enfant mort à 15 jours; 6^e gest., enfant vivant; 7^e gest., enfant vivant; 8^e gest., enfant vivant; 9^e gest., enfant mort à 15 jours; 10^e gest., enfant mort à 3 semaines; 11^e gest., enfant mort à 4 semaines.

Au total, 11 grossesses: 4 enfants vivants, 7 enfants morts.

OBSERVATION II

Femme 23 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, avortement; 2^e gest., avortement; 3^e gest., enfant mort à 5 mois de méningite.

Au total, 3 grossesses: 3 enfants morts.

OBSERVATION III

Femme 23 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 2 ans; 2^e gest., enfant mort à 8 mois; 3^e gest., enfant mort à 1 mois; 4^e gest., mort-né; 5^e gest., avortement.

Au total, 5 grossesses: 5 morts.

OBSERVATION IV

Femme 42 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 6 mois; 2^e gest., enfant mort à 10 mois; 3^e gest., avortement.

Au total, 3 grossesses: 3 morts.

OBSERVATION V

Femme 44 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 3 mois ; 2^e gest., enfant vivant ; 3^e gest., avortement à 6 mois ; 4^e gest., enfant mort à 3 mois ; 5^e gest., avortement à 6 mois ; 6^e gest., enfant vivant ; 7^e gest., enfant mort à 2 mois ; 8^e gest., enfant vivant ; 9^e gest., enfant mort à 3 mois ; 10^e gest., enfant vivant.

Au total, 10 grossesses : 4 enfants vivants, 6 enfants morts.

OBSERVATION VI

Femme 43 ans, syphilis méconnue.

1^{re} gestation, enfant mort à 4 mois ; 2^e gest., enfant mort à 3 semaines ; 3^e gest., enfant mort à 2 mois ; 4^e gest., enfant mort à 3 mois ; 5^e gest., enfant mort à 1 mois ; 6^e gest., enfant mort à 15 jours ; 7^e gest., enfant vivant.

Au total, 7 grossesses : 1 enfant vivant, 6 enfants morts.

OBSERVATION VII

Femme 47 ans, syphilis méconnue.

1^{re} gestation, enfant mort à 2 mois ; 2^e gest., enfant mort à 15 jours ; 3^e gest., enfant vivant ; 4^e gest., enfant vivant, mais malade ; 5^e gest., enfant vivant.

Au total, 5 grossesses : 3 enfants vivants, 2 enfants morts.

OBSERVATION VIII

Femme 51 ans, syphilis méconnue.

1^{re} gestation, enfant mort de méningite ; 2^e gest., enfant vivant, mais atteint de paralysie ; 3^e gest., enfant vivant ; 4^e gest., avortement à 3 mois.

Au total, 4 grossesses : 1 enfant vivant bien portant ; 1 enfant malade, 2 enfants morts.

OBSERVATION IX

Femme 42 ans, syphilis insuffisamment traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 7 mois; 2^e gest., enfant mort à 2 mois; 3^e gest., enfant mort à 4 mois.

On traite la syphilis: 4^e gestation, enfant vivant; 5^e gest., enfant vivant.

Au total, 5 grossesses: 2 enfants vivants, après traitement de la mère, 3 enfants morts.

OBSERVATION X

1^{re} gestation, avortement; 2^e gest., avortement; 3^e gest., avortement; 4^e gest., avortement; 5^e gest., avortement; 6^e gest., avortement; 7^e gest., avortement.

On traite les parents: 8^e gestation, enfant vivant; 9^e gest., enfant vivant; 10^e gest., enfant vivant; 11^e gest., enfant vivant.

Au total, 11 grossesses: 4 enfants vivants (après traitement des parents), 7 enfants morts.

OBSERVATION XI

Femme 26 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 5 mois; 2^e gest., avortement; 3^e gest., avortement; 4^e gest., avortement.

Au total, 4 grossesses: 4 enfants morts.

OBSERVATION XII

Femme 52 ans, syphilis mal traitée.

1^{re} gestation, enfant mort à 6 mois; 2^e gest., enfant vivant; 3^e gest., enfant mort à 9 mois; 4^e gest., enfant mort à 3 mois; 5^e gest., enfant vivant; 6^e gest., avortement à 6 mois.

Deuxième mariage (mari sain): 7^e gestation, enfant vivant; 8^e gest., enfant vivant; 9^e gest., enfant vivant.

Au total, 9 grossesses: 5 enfants vivants dont 3 du deuxième mari sain, 4 enfants morts.

OBSERVATION XIII

Femme 27 ans, hérédo-syphilitique de deuxième génération.

1^{re} gestation, accouchement prématuré à 7 mois, mort-né; 2^e gest., enfant hérédo-syphilitique, mort à 26 jours.

La mère de la malade a eu 9 grossesses avec 8 enfants morts: la malade est la seule survivante.

Au total, pour la mère et la fille, 11 grossesses: 1 enfant vivant hérédo-syphilitique, 10 enfants morts.

CHAPITRE IV

MOYENS MORAUX A ENVISAGER POUR FAIRE CONNAITRE LES DANGERS DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Il faut envisager tous les « moyens moraux » (Jean-selme) qui ont trait à la prophylaxie sociale de la syphilis, telles que des conférences, des articles de journaux, des tracts et des brochures, des pièces de théâtre, des romans et même employer le cinéma, ce septième art qui plaît tant au grand public.

La syphilis n'est pas une maladie honteuse, c'est un vieux et détestable préjugé contre lequel il faut lutter, il faut envisager nettement la situation et ne pas craindre de montrer aux jeunes gens et aux jeunes filles les dangers de la syphilis sur la descendance, avec bien entendu toutes les précautions oratoires pour ne froisser aucune susceptibilité ; des causeries devraient être faites, dans les classes supérieures des lycées et collèges : « Cent escoliers, disait Montaigne, avaient attrapé la vérole avant que d'arriver à leur leçon d'Aristote » ; dans les patronages et dans tous les endroits où se groupent la jeunesse, dans les casernes, période de beaucoup la plus fatale pour les jeunes gens, la propagande éducative militaire, y est insuffisante ; A l'usine, la présence d'ouvriers étrangers nécessiterait des interprètes mettant ces travailleurs en garde et

leur indiquant les endroits où ils pourraient se soigner.

Il faut avec des chiffres et des preuves à l'appui montrer aux masses :

Les ravages causés par la syphilis sur les enfants, chaque année en France.

Le péril qui guette la descendance lorsque la syphilis existe chez les géniteurs et lorsqu'on laisse évoluer une grossesse sans la traiter.

Montrer quels progrès, grâce à nos connaissances actuelles, ont été réalisés par l'emploi des nouveaux composés arséno-organiques sur l'évolution de la maladie et sur la santé ultérieure de l'enfant.

Il faut faire l'éducation des malades : « que ceux qui en sont atteint ou craignent de l'être, s'adressent donc à un médecin (et non à un pharmacien) et se méfient des prétendus spécialistes qui se livrent à une réclame éhontée et exploitent les malades, en leur promettant une rapide guérison qu'ils sont incapables de leur procurer ».

Pendant longtemps la syphilis était restée cantonnée dans le domaine médical. Nul, hors le médecin, n'osait en parler ouvertement. Quelle surprise et quel scandale lorsqu'il y a quelques années, Brioux se faisant le porte-parole de Fournier eut le courage de mettre sur la scène sa pièce : *Les Avariés*. (Brioux voulait remplacer le mot syphilis par avarie). Les frères Marguerite dans le roman « *Prostituée* » ne craignirent pas non plus la critique et nous mirent brutalement en face du péril vénérien. Les idées changèrent et ces temps derniers, la pièce : *Le mortel baiser*, eut un réel succès.

Pourquoi dans tous les lieux publics des dessins et

des affiches dûs au talent de nos meilleurs artistes ne prêcheraient-ils pas la croisade contre la syphilis.

Nous sommes certains que dans des lieux très fréquentés, par exemple les salles d'attente des gares, où forcément le public stationne, un dessin dû à un artiste connu et populaire aux masses, le mettrait en face de la réalité telle qu'elle est, et lui ferait sentir les joies de la famille saine avec de beaux enfants, dévoilant à ses yeux d'une façon saisissante l'enfant portant la tare héréditaire de ses parents et montrerait que : « nous possédons l'extraordinaire pouvoir quand nous rencontrons la syphilis chez un descendant ou un collatéral de faire cesser la fatalité qui s'acharne sur une famille, de modifier le cours des événements, de faire le bonheur là où sans nous, le malheur aurait régné ». Comme le dit justement Marcel Pinard.

Des comités se sont formés en France pour organiser une lutte efficace. La Ligue contre le Péril Vénérien, le Comité national d'Hygiène sociale et de Prophylaxie, une feuille mensuelle, les Amis de l'hygiène, à Nancy, la *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociales*, propagent de tous les côtés leurs voix tant scientifiques que morales pour faire une levée en masse contre ces fléaux sociaux, envahisseurs de l'humanité. Le tract que nous reproduisons à la fin de ce chapitre a été publié par les soins du Comité national d'Hygiène sociale et de Prophylaxie de Paris.

Un autre moyen, serait d'encourager les mariages jeunes et de favoriser les unions légitimes. Dans le mariage tardif, le jeune homme a fait malheureusement son apprentissage duquel il a tout à perdre et rien à gagner.

On pourrait même envisager des mesures législatives, telles que : l'institution du délit de contamination.

L'article 1382 du Code civil français donne bien ouverture à une action en réparation au profit de l'individu contaminé, mais pratiquement il existe bien peu d'exemple d'actions judiciaires, intentées chez nous pour communication directe de la syphilis sexuelle : un projet de loi assimile bien à un délit la transmission des maladies vénériennes, mais nous sommes loins de la loi allemande qui permet de punir de prison tout individu pratiquant le coït en se sachant ou même soupçonnant qu'il peut être contagieux ; la transmission conjugale de la syphilis peut bien être comme injure grave, un motif de divorce, mais le secret professionnel fait généralement obstacle à la déclaration de la maladie et nous n'avons pas encore imité les législations monégasques (1907) et roumaines, l'une autorisant le divorce sur simple démonstration de syphilis chez un des conjoints, l'autre défendant le mariage aux syphilitiques contagieux. En France aucun texte de loi n'interdit le mariage aux syphilitiques.

Puisque la loi monégasque est si énergique on pourrait peut-être y ajouter que tout conjoint syphilitique soit obligatoirement traité avant ou après l'autorisation du divorce.

A cet égard on pourrait prendre pour modèle la législation scandinave, le malade syphilitique qui vient consulter le médecin lui donne ses noms et adresses. En cas de désobéissance thérapeutique le médecin est tenu de livrer le nom du médecin sanitaire de la ville. Celui-ci convoque le malade, lui laisse le

choix de son médecin, de son traitement, par le mercure ou l'arsenic, mais s'il refuse de se laisser guérir, le médecin sanitaire a le droit et le devoir de prévenir la police, qui amène de force le malade au lieu où il doit être traité. La loi édicte des peines sévères contre les individus qui ne sont pas traités et contre ceux qui sont la source consciente de contagion.

Certains auteurs ont même voulu la déclaration obligatoire de la syphilis. M. Findlay, en Angleterre, constatant les ravages de la syphilis congénitale, voudrait que la déclaration fut obligatoire quand l'avortement ou le décès des nourrissons sont dus à la syphilis. C'est un très grave problème dont on ne peut poser actuellement que les données, sans songer à le résoudre. C'est une grave question pour le secret professionnel.

On devrait soumettre le candidat au mariage à un examen médical. Il n'importe pas moins d'être apte au « service conjugal », qu'au service militaire. Mais le futur conjoint peut dire au médecin : « Je vous lie par le secret professionnel ». Néanmoins, on peut donner une lettre ouverte où sont inscrites les tares constatées. L'intéressé peut la communiquer ou non.

Il y a certains cas, où pour des raisons conventionnelles, sociales, ou d'intérêt, le mariage d'un syphilitique ne peut être ni évité, ni reculé. M. Thibierge avait alors conseillé le « mariage blanc ».

Cette solution est tout à fait hasardeuse et ne peut être envisagée que dans des cas tout à fait exceptionnels. Il faut avoir affaire à des individus de très haute valeur morale et les fiancés doivent être avertis. « Il y

a une série de raisons pour prévenir la future épouse, dit M. Thibierge. D'abord cela est plus honnête et loyal, ensuite, c'est l'intérêt de tout le monde, s'il survient ultérieurement des accidents, cela supprime bien des prétextes à récriminations ».

Mais a-t-on ajouté, cette pratique empêchera des mariages, depuis la guerre les idées ont bien changées et la syphilis maintenant est connue, dans les milieux où on l'ignorait auparavant. Le nombre des hommes à marier a diminué et les parents des jeunes filles sont moins exigeants sur la santé de leurs futurs gendres.

« Lorsque les circonstances familiales sont favorables dit M. Spillmann, le médecin doit engager le fiancé syphilitique à faire l'aveu de son infection, les idées ont suffisamment évoluées dans le cours de ces dernières années pour que cette ligne de conduite soit pratiquement réalisable dans de très nombreux cas. A l'appui de ma thèse, je citerai le cas d'un jeune homme fiancé avant la guerre et contaminé accidentellement au cours de la campagne. Le médecin de la famille lui avait interdit le mariage et le jeune malade se trouvant dans l'impossibilité de fournir les explications nécessaires avait dû rompre avec tous les siens et abandonner tous ses projets. Convaincu de la nécessité d'expliquer sa conduite, il fit l'aveu à sa fiancée qui accepta cette situation nouvelle et promit d'attendre pour le mariage l'autorisation médicale. Ce jeune syphilitique se trouve actuellement dans des conditions très favorables et tout fait prévoir que le mariage pourra avoir lieu sans risques, dans quelques mois. Dans tous les cas de ce genre l'aveu de la syphilis permet de solutionner des

problèmes familiaux et sociaux très complexes ».

L'instruction des médecins non spécialisés serait d'un grand secours au point de vue prophylactique. Beaucoup de praticiens ne connaissent pas encore suffisamment les règles thérapeutiques qui s'imposent en pareil cas. Tous les périodiques médicaux devraient attirer l'attention du praticien sur les conséquences funestes de la syphilis héréditaire et les moyens d'y remédier. Wassermann négatif ne veut pas dire, abstention thérapeutique. Il faudrait que tout praticien sache que consulté par une syphilitique enceinte, il tient entre ses mains l'avenir de la grossesse et la vie de l'enfant.

Il y aurait un très grand intérêt à ce que les sages-femmes soient plus instruites des méfaits de la syphilis, de la véritable signification des anomalies de la grossesse. Dès que, dans une famille, il y a plusieurs mort-nés ou macérés, dès que des avortements se reproduisent chez une femme, sans cause connue, la sage-femme pourrait, en temps utile, aiguiller sur le médecin ou le dispensaire, les femmes qui leur paraîtraient suspectes de syphilis avérée ou latente. Et l'on assisterait à la disparition des séries de fausses couches, qui remplissent la vie obstétricale de beaucoup de femmes.

Enfin le médecin pouvant se trouver très embarrassé pour délivrer un certificat à un candidat au mariage, nous lui proposons le type suivant indiqué par Millian :

« Je vous engage à la plus grande prudence si l'on vous demande un *Certificat*, car vous serez certainement

appelé à en délivrer. Je vous recommande de rédiger ce certificat dans un sens non pas hypocrite, mais dans un sens qui puisse vous mettre à l'abri des attaques ultérieures. Il faudra l'établir sous cette forme :

Je soussigné déclare avoir examiné M..... à ce jour et n'avoir trouver chez lui aucun signe de syphilis en activité.

Si on ne connaît pas personnellement le sujet qui se présente, il est bon de mettre sur le certificat avoir examiné une personne qui m'a dit être Monsieur N....., cela pour le cas de substitution de personne.

Vous ajouterez ensuite les résultats des réactions de Bordet Wassermann et autres *pratiquées à ce jour* et vous direz qu'elles étaient négatives si tel à été le résultat de votre épreuve. Dites que la réactivation à été également négative. Mais, je le répète, ne déclarez jamais que le sujet n'est pas syphilitique.

Il est possible d'ailleurs que le patient non syphilitique, au jour de votre examen, contracte ultérieurement la syphilis. Il ferait mentir votre certificat ».

*Pour avoir des enfants sains
il faut que les parents soient bien portants*

La SYPHILIS est une des principales causes de *maladie* et de *mort* des nouveau-nés et des enfants.

Nombreux ceux qui sont atteints de syphilis sans le savoir.

La SYPHILIS n'est pas une maladie honteuse. C'est une maladie grave, mais heureusement *guérissable*.

La SYPHILIS *sans symptômes visibles est aussi dangereuse* que la syphilis se manifestant par des signes extérieurs.

La SYPHILIS doit être traitée :

Chez les parents avant la procréation ;

Chez la mère pendant la gestation et après l'accouchement ;

Chez l'enfant jusqu'à la guérison.

Régulièrement et convenablement traitée

AVANT ET PENDANT LA GESTATION

la future mère mettra le plus souvent au monde un enfant vivant qui ne supportera pas pendant toute sa vie les conséquences de cette maladie héréditaire.

**Méfiez-vous des charlatans
et des conseils trompeurs !**

CONSULTATIONS ANTISYPHILITIQUES SPÉCIALES POUR LES FUTURES MÈRES

CONCLUSIONS

La syphilis est le type de la maladie sociale. Contagieuse, elle est un danger pour les individus; héréditaire, elle est un danger pour la descendance.

La prophylaxie de la syphilis héréditaire doit tendre à empêcher que l'homme ne contamine la femme. C'est pourquoi la question du mariage doit être pesée et étudiée avec soin.

La guérison est l'idéal, le blanchiment seul suffit, au point de vue prophylactique général, car il raréfie les possibilités de contagion de la syphilis acquise, dont la disparition peut d'ores et déjà être entrevue.

On tend de plus en plus aujourd'hui à admettre que la syphilis congénitale, d'origine purement paternelle, est une rareté, si elle existe, et que toute mère en apparence saine, ayant déjà donné naissance à un nourrisson syphilitique, ou ayant eu un certain nombre de fausses couches spontanées, ou des enfants mort-nés, est syphilitique, comme le démontre la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans la transmission héréditaire de la syphilis, l'organisme maternel joue un rôle important et prépondérant. La femme atteinte de syphilis, même ancienne, reste dangereuse pour sa descendance. En

cas de grossesse, il importe de la soumettre à un traitement actif et soutenu.

Le traitement doit être énergique, immédiat et poursuivi jusqu'au terme de la gestation, car la grossesse réactive la syphilis maternelle et le fœtus est très sensible à l'infection syphilitique.

L'enfant d'une mère syphilitique même sain en apparence doit être traité. Si la mère est présumée saine, il n'en sera pas moins soumis à une surveillance médicale régulière.

A toutes les maternités devrait être annexé un dispensaire anti-syphilitique, pour le diagnostic, le traitement des femmes enceintes, anciennes accouchées et nourrissons.

Vu:

Nancy, le 29 Juin 1925.

Le Président de la Thèse,

L. SPILLMANN.

Vu:

Nancy, le 29 Juin 1925.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 30 Juin 1925.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAMS. — Result of three years treatment of syphilitic mothers and babies. *Lancet*, London, 1920.
- Ante natal et post natal syphilis. *Publ. Health*, London, 1923.
- APERT. — La mort recule. *Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1^{er} mai 1925.
- AUDRAIN. — Divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée (30 obs. familiales). *Bull. Soc. franç. de dermatologie et syphiligraphie*, Paris, 1921.
- BARBERIN. — Soins donnés aux nourrissons syphilitiques à la clinique Tarnier. Thèse, Paris, 1900-1901.
- BEAUMES. — Précis historique et pratique sur les maladies vénériennes. Lyon, 1840.
- BENOIT. — Considérations cliniques et biologiques sur les arsénothérapies de la syphilis au cours de la grossesse. Thèse, Paris, 1923.
- BERGER. — Syphilis gravidæ; son influence sur l'enfant. Thèse, Montpellier, 1916-1917.
- BERTHIER. — Consultations et traitement ambulant de la syphilis à la clinique Baudelocque. Thèse, Paris, 1920.
- BLECHMANN. — Que faut-il retenir des trente-sept interviews sur la syphilis héréditaire? *L'Hôpital*, Paris, 1922.
- Enquête sur la syphilis héréditaire. *L'Hôpital*, Paris, 1922.
- BOBRIE. — Thèse, Paris, 1913.
- BODIN. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse par les arsénobenzènes. *Bull. Société franç. de dermat. et syphiligr.*, Paris, 1923.
- BORY. — Traitement de la syphilis concept. et infant. *Progrès méd.*, Paris, 1920, p. 237-239.
- A propos du mariage des syphilitiques. *Progrès Médical*, Paris, 1921, p. 29-31.

- BOUCHER. — Influence du traitement anti-syphilitique chez la femme enceinte et le fœtus. Thèse, Paris, 1903-1904.
- BROCQ. — Bulletin médical, 21 février 1914.
- CARLE. — Influence comparée des générateurs dans l'hérédo-syphilis. Annales de dermatologie, Paris, février 1908.
- Annales de dermatologie, 1911.
- Annales de dermatologie, 1912.
- Annales de dermatologie, 1913.
- Congrès de Lyon, octobre 1911.
- Congrès de Rome, 1912.
- Province médicale, 9 décembre 1911.
- Consultations médicales. Poinat, Paris, 1913.
- Les lois nouvelles de l'hérédo-syphilis. Presse médicale, Paris, 1920, p. 244.
- Mariage précoce des syphilitiques. Journ. de médecine, Lyon, 20 avril 1921.
- A propos de la guérison spontanée de la syphilis. Bruxelles Médical, juillet 1924.
- CHALET. — Organisation sociale du traitement de la syphilis. Thèse, Paris, 1922.
- CIVATTE. — Annales de dermatologie, 1907.
- COCHET-BALMERY. — Mortinatalité d'origine syphilitique. Thèse, Lyon, 1923-1924.
- CORVISA. — Syphilis post-conceptionnelles. Annales de dermat. et syphiligr., 1916.
- Annales de dermat. et syphil., 1918.
- COUVELAIRE. — Création d'un dispensaire anti-syphilitique annexé à la maternité Baudelocque. Presse médicale, Paris, 1921.
- Presse médicale, Paris, 1924.
- Organisation d'un traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis dans les maternités. Revue d'hygiène, Paris, 1922.
- La transmission héréditaire de la syphilis. Leçons de la clinique Baudelocque, Rueil, 1922.
- COUVERT. — La recherche du tréponème dans le col utérin des femmes syphilitiques. La Riforma Medica, février 1924.
- DANTIN. — Enquête sur la syphilis des femmes mariées. Thèse, Paris, 1920-1921.
- DAVID. — Syphilis post-conceptionnelle tardive; transmission au fœtus. Thèse, Toulouse, 1908-1909.
- DAVID (Roger). — L'hérédo-syphilis dans une consultation de nourrissons. Thèse, Paris, 1923.

- DEVARGE. — De l'atrophie hérédo-syphilitique du nourrisson sans manifestation apparente d'hérédo-syphilis en activité. Thèse, Paris, 1923.
- DUPIC. — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis dans les maternités. Historique. Thèse, Paris, 1922.
- DUPRAT. — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis. Thèse, Bordeaux, 1923.
- ECALLE et THIBAUT. — Journal médical, 1922.
- ETIENNE (G.). — Syphilis et grossesse. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1892.
- FERNET. — Traitement de l'hérédo-syphilis. — Bulletin médical, Paris, 25 juin 1921.
- FINDLAY. — Ante natal treatment of congenital syphilis with salvarsan. Glasgow. M. J., 1918.
- FORDYCE. — Annales des maladies vénériennes. Paris, jan. 1916.
- FOURNIER. — L'hérédité syphilitique. Paris, 1891.
- Syphilis et mariage. 1880.
- FOURNIER (Edmond). — Société française de prophylaxie sanitaire et morale. 1913.
- Traité de pathologie et thérapeutique appliquée. Maloine, Paris, 1923.
- FRUHNHOLZ. — Syphilis et parturition. Revue médicale de l'Est, Nancy, 1906.
- GIRAUD. — Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédo-syphilitique. Thèse, Paris, 1923.
- GOLAY. — Considérations cliniques sur la syphilis conceptionnelle. Annales des maladies vénériennes, Paris, 1923.
- GREENLERS. — Ante natal treatment of congenital syphilis. Roy. medic. chir. Soc. Glasgow, 1922.
- HASLUND. — Sur un cas de syphilis contractée au moment même de la naissance. Annales de dermatologie, Paris, 1921.
- HATA. — On the ravages of congenital syphilis and its prevention. S. Publ. Health, Geneva, 1921.
- HOCH. — Contribution à l'étude de la syphilis dite conceptionnelle. Recherche du tréponème dans le sperme. Thèse, Paris, 1920.
- HUTINEL. — La syphilis héréditaire; sa prophylaxie; nourrissons. Paris, 1923.
- JACOBSON. — Traitement prophylactique et curatif de la syphilis du nouveau-né. Thèse, Paris, 1913-1914.
- KNOPFELMACHER et LEHNDORFF (Jahrt. f. Kinderheilkunde, février 1910) in Presse médicale, Paris, 1911.

- LACAPÈRE et VALLERY. — Traitement de la syphilis héréditaire. Maloine, Paris, 1924.
- LAKAYE. — Le tréponème dans le sperme. Archives médicales belges. Bruxelles, 1922.
- LANGLE. — Le problème de l'hérédo-syphilis d'après les recherches modernes. Vie médicale, Paris, 1922.
- LEMAIRE et LÉVY. — Les enseignements de la réaction de B. W. au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. Paris médical, 10 janvier 1925.
- LEQUER. — Syphilis et grossesse. Thèse, Bordeaux, 1922-1923.
- LEREDDE. — La syphilis fléau social. Maloine, Paris, 1924.
- La syphilis héréditaire dans la pratique médicale. Concours médical, Paris, 1922.
- Méthode à suivre pour reconnaître chez un malade l'existence d'une infection syphilitique acquise ou héréditaire. Société de médecine de Paris, 1922.
- Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire. Presse médicale, avril 1923.
- LEVADITE et P. MARIE. — Etude expérimentale de la transmission sexuelle de la syphilis et de l'hérédité syphilitique. Archives internationales de neurologie. Paris, 1923.
- LEVY-SOLAL. — Syphilis de l'œuf du fœtus et des annexes ovulaires. Paris médical, juin 1923.
- MARFAN. — Prophylaxie de la syphilis congénitale. Journal des praticiens. Paris, 30 mai 1925.
- MATHIAS. — Autour du drame vénérien. Maloine, Paris, 1924.
- MARCUS. — Pronostic de la syphilis congénitale. Annales de dermatologie. Paris, 1914.
- MILLIAN. — Hérédo-syphilis de deuxième gestation. Leçons de la clinique Baudelocque. Chahine, Rueil, 1920.
- Le mariage des syphilitiques. Leçons de la clinique Baudelocque. Chahnie, Rueil, 1924.
- MINVILLE. — Traitement de la syphilis héréditaire précoce du nourrisson. Thèse, Paris, 1922.
- MONNIER. — Syphilis héréditaire d'origine paternelle. Thèse, Paris, 1908.
- MONTLAUR. — Les syphilitiques candidats au mariage.
- MORICE. — Les traitements anti-syphilitiques au cours de la grossesse. Thèse, Paris, 1920.
- MULZER. — Sur le problème de l'hérédité de la syphilis d'après les récentes acquisitions. Annales de dermatologie. Paris, 1913.

- NOBECOURT et SCHRIETER. — Mesures sociales de protection de l'enfance contre la syphilis et de protection contre la syphilis. Médecine infantile, Paris, 1920.
- ORSOT. — Influence de la syphilis et de son traitement par les sels arsénicaux sur le rapport fœto-placentaire. Thèse, Paris, 1920-1921.
- PAGET. — L'hérédo-syphilis de deuxième génération. Thèse, Paris, 1920-1921.
- PAUTRIER. — Syphilis et grossesse. Monde médical, Paris, mars 1924.
- PINARD (A.). — Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. Bulletin de l'Académie de médecine, 1911.
- PINARD (M.). — Problèmes soulevés au point de vue de l'hérédité de la syphilis. Paris médical, 1921.
- Dépistage de la syphilis au début de la gestation. Paris médical, 1923.
- Quelques signes peu connus d'hérédité syphilitique clinique. Paris, médical, 1923.
- Union médicale du Canada. Montréal, 1922.
- Heureuse action anti-abortive des arséno-benzènes chez les femmes syphilitiques. Bulletin et mémoire de la Société de médecine des Hôpitaux, Paris, 1923.
- La disjonction de la syphilis par la stérilisation des porteurs de germe. Monde médical, Paris, mars 1924.
- PINARD (M.) et HOCH. — Présence du tréponème dans le sperme. Société médicale des Hôpitaux. Paris, 1920.
- PINARD (M.). — Paris médical, mars 1924.
- POMARET. — Considérations biochimiques sur les arsénothérapies de la syphilis.
- QUEYRAT. — La syphilis fléau social et ses remèdes. Progrès médical, 1921.
- Conférence faite aux jeunes filles à l'Hôtel des Sociétés savantes, mai 1924.
- RAVOGLI. — Le salvarsan et la loi de Profeta. Annales de dermatologie, Paris, 1916.
- RIO BRANCO. — Traitement syphilis héréditaire chez le nourrisson par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Thèse, Paris, 1920.
- ROSEHEM. — Le triomphe de haute et puissante dame Verolle. Paris médical. Paris, 1921 (annexe).
- SABIN. — Etude de la loi de Profeta par la séro-réaction de Wassermann. Annales de dermatologie. Paris, 1914.

- SAVARY. — La maternité de Saint-Maurice au point de vue prophylaxie, syphilis et tuberculose. Thèse, Paris, 1923.
- SCHINDLER. — Sur l'hérédité syphilitique d'origine paternelle. *Annale de dermatologie*, 1913.
- SIMON (Cl.). — Société française de dermatologie et syphiligraphie. Paris, 24 juin 1920.
- SPILLMANN (L.). — Prophylaxie de la syphilis. Conférence de vulgarisation faite à l'Association générale des Etudiants. Nancy, 1923.
- Conférence au Cercle militaire. Nancy, 1925.
- Ce qu'il faut savoir de la syphilis. Chapelot, Nancy, 1916.
- La syphilis mal soignée tue de très nombreux enfants. *Revue d'hygiène et prophylaxie sociale*. Nancy, mars 1923.
- SPILLMANN (L.) et HAUSHALTER (J.). — La lutte contre la syphilis au dispensaire de vénéréologie de l'hôpital Maringer. *Revue d'hygiène et de prophylaxie sociale*. Nancy, avril 1924.
- SPILLMANN (L.) et PARISOT (J.). — Guérir est bien; prévenir est mieux. Berger-Levrault, Nancy, juillet 1925.
- STRACHAN. — Fœtal syphilis. *British J.* London, 1921.
- TIXIER. — Le traitement de la syphilis héréditaire patente et latente. *Journal médical français*. Paris, 1923.
- Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile. Rapport du IV^e Congrès de pédiatrie. Masson, Paris, 1924.
- VAN LENSSEN. — Protection of the infant against syphilis. *Tijdschr. V. pratik. Verlost*. Amsterdam, 1922.
- VIGNES. — Thèse, Lyon, 1919.
- VIGNES et GALLIOT. — La prophylaxie des accidents hérédo-syphilitiques dans les maternités parisiennes. *Progrès médical*. Paris, 1923.
- WALKER. — Syphilis and marriage. *St-Barth. Hosp. J.*, London, 1920-1921.
- WEISS. — La syphilis dans la société moderne. Thèse, Nancy, 1924.
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Plan	11
La syphilis, maladie scoiale.....	13
Prophylaxie de l'hérédité syphilitique	21
Transmission héréditaire de la syphilis.....	23
Dépistage de l'héredo-syphilis	38
Traitement prophylactique proprement dit.....	43
Observations	73
Moyens moraux à envisager pour faire connaître les dangers de la syphilis héréditaire.....	83
Conclusion	93
Index bibliographique	95

NANCY - SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
